



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TESIS DE GRADO

**Previo a la obtención del título de
INGENIERO EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA CPA.**

TEMA:

**“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN
LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SAN JUAN HOSPIESAJ S.A. DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PARA
EL PERIODO 2013”**

AUTORES:

Trujillo Pozo Edgar Fabián

Vinueza Molina María José

RIOMBAMBA - ECUADOR

2015

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Nosotros como Director y Miembro del Tribunal de la Tesis Titulada **“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A. DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PARA EL PERIODO 2013”**.

CERTIFICAMOS: Que el trabajo investigativo ha sido desarrollado en su totalidad por los autores y cuidadosamente revisado.

Ing. Marcelo Antonio Villalba Guanga
DIRECTOR DE LA TESIS

Ing. Giovanni Javier Alarcón Parra
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD

Yo, MARIA JOSE VINUEZA MOLINA, estudiante de la Escuela de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría de la Facultad de Administración de Empresas, declaro que la tesis que presento es auténtica y original. Soy responsable de las ideas expuestas y los derechos de autoría corresponden a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

MARIA JOSE VINUEZA MOLINA

Yo, EDGAR FABIAN TRUJILLO POZO, estudiante de la Escuela de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría de la Facultad de Administración de Empresas, declaro que la tesis que presento es auténtica y original. Soy responsable de las ideas expuestas y los derechos de autoría corresponden a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

EDGAR FABIAN TRUJILLO POZO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia quienes fueron pilares fundamentales en el desarrollo de la misma y en mi vida de estudiante, a mis abuelitas Angelita y Lucrecia, y en especial a mi angelito quién nunca dejó darme por vencida con sus palabras, consejos, me enseñaste a luchar por mis sueños y anhelos que me he trazado en mi vida, su amor único me hiciste crecer como ser humana, cultivando en mí valores que jamás olvidaré, para ti mi abuelito Luis que aunque ya no estás aquí conmigo de manera física siempre vivirás en mi corazón.

Al gran amor de mi vida Fabián, que es un apoyo incondicional, pues juntos alcanzamos esta meta, nuestra primera meta de muchas que nos faltan, esto es por los dos.

María José Vinueza Molina

Con amor y cariño esta tesis la dedico a mis padres José y Laura que han sido quien me han brindado su apoyo incondicional, enseñándome a valorar lo que tengo y quien soy, sin olvidar a María José que se ha convertido en la compañera ideal para continuar con esta nueva etapa para vida, quien me ha enseñado a amar.

Edgar Fabián Trujillo Pozo

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme el don de la vida, a mis padres Alcides y Patricia que sin su ayuda y tenacidad no hubiese tenido esta gran oportunidad de ser quien soy, a mi hermana y sobrina que con sus consejos y amor han sido un apoyo, a mis abuelitos que con sus enseñanzas, amor, y sabiduría me han inculcado el valor de la perseverancia ante todo tipo de problema, a mis tíos, tías, primos, primas y demás familiares que siempre estaban ahí pendiente de mí, para que nunca desmaye en este objetivo en mi vida profesional.

También agradezco a aquellos maestros, licenciados e ingenieros que me mostraron su espíritu del saber, pues su guía, experiencia y conocimiento han ayudado a la culminación de este trabajo.

María José Vinueza Molina

Lo más importante es dar gracias a Dios por la vida que tenemos, ya que de ello depende lo que somos y los caminos que debemos seguir, y es así como empezamos el arduo camino para alcanzar nuestro título de ingenieros en Contabilidad y Auditoría, para lograrlo hemos tenido la ayuda de personas muy importantes para lograr la culminación de este tema de tesis, comenzando por mis padres que han sido el pilar más fuerte para luchar para cumplir con este objetivo, a nuestro tutor que nos ha brindado sus conocimientos, experiencia y tiempo, y como no agradecer al Gerente del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. quien nos ha abierto las puertas para desarrollar nuestra tesis, sin olvidar a nuestra querida institución quien me ha dado la oportunidad de ser parte de su grupo selecto de estudiantes.

Edgar Fabián Trujillo Pozo

RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como propósito diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., para mejorar su administración y satisfacción de sus clientes e involucrados.

Para el efecto se llevó a cabo un diseño de investigación y se determinó a través del diagnóstico de parámetros la situación actual del que hacer administrativo de HOSPIESAJ S.A., y la no existencia de los requisitos de la norma, esto conllevó a diseñar el Sistema de Gestión de Calidad a través de macroprocesos, política, el manual de calidad y la mejora continua de sus actividades esenciales.

HOSPIESAJ S.A., será una organización de calidad al implementar los ocho requisitos que contempla esta tesis de grado con lineamientos y procedimientos sistemáticamente aplicables, y así alcanzar un posicionamiento del servicio y de la organización.

Ing. Marcelo Villalba

DIRECTOR DE TESIS

SUMMARY

The purpose of this research work was to design a Quality Management System based on ISO 9001: 2008 Standard for the Hospital for Medical Specialties San Juan HOSPIESAJ SA, to improve its administration and satisfaction of its customers and all concerned.

A research design was carried out for the effect and it was determined through the diagnostic parameters the current situation of the administrative work of HOSPIESAJ SA, and the non-existence of the requirements of the standard, this involved to design the quality Management System through macro processes, policy, quality manual and the continuous improvement of its core activities.

HOSPIESAJ SA, will be a quality organization to implement the eight requirements that this thesis work covers with guidelines and procedures systematically applicable, and thus achieve a positioning of the service and the organization.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	I
Certificado del tribunal	II
Certificado de responsabilidad.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Resumen.....	VI
Summary	VII
Índice de contenidos	VIII
Índice de cuadros	XVI
Índice de figuras.....	XVIII
Índice de procedimientos	XX
Índice de registros	XXI
Índice de anexos.....	XXII
Introducción	XXIII
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Antecedentes del problema.....	1
1.1.1 Formulación del problema.....	1
1.1.2 Delimitación del problema.	1
1.2 Objetivos.....	1
1.2.1 Objetivo general.	1
1.2.2 Objetivos específicos.....	1
1.3 Justificación de la investigación	2
CAPITULO II.....	3
MARCO TEORICO.....	3
2.1 Administración	3

2.1.1 Definición.	3
2.1.2 Origen y evolución de la administración.	3
2.1.3 Importancia de la administración.	5
2.1.4 Características de la administración.	5
2.1.5 Proceso administrativo.	6
2.1.6 Etapas del proceso administrativo.	8
2.1.6.1 Planeación.	10
2.1.6.1.1 Tipos de planeación.	11
2.1.6.1.2 Importancia.	11
2.1.6.2 Organización.	12
2.1.6.2.1 Importancia.	12
2.1.6.3 Dirección.	13
2.1.6.4 Control.	13
2.1.6.4.1 Importancia.	14
2.2 Calidad.	15
2.2.1 Definición.	15
2.2.2 Reseña histórica.	16
2.2.3 Evolución de calidad.	17
2.2.4 Teorías y movimientos hacia la calidad y servicio.	18
2.2.4.1 Teoría de Deming.	18
2.2.4.2 Teoría de la calidad total (Autor: Karow Ishikawa).	19
2.2.4.3 Teoría de la planificación para la calidad (Autor: Joseph Juran).	19
2.2.5 Responsabilidad por la calidad.	21
2.3 Estándares internacionales.	22
2.3.1 Estándar.	22
2.3.1.1 Definición de estándar.	22
2.3.1.2 Propósito de los estándares.	22

2.3.2 Definición de ISO.....	23
2.3.2.1 Objetivo de ISO.	23
2.3.2.2 Historia de la ISO.	23
2.3.2.3 Beneficios de la Norma Internacional ISO.....	24
2.3.3 Familia ISO 9000.	24
2.3.3.1 Certificación a las Normas ISO del Sistema de Gestión.	25
2.3.4 Sistema de Gestión de Calidad.	26
2.3.4.1 ¿Qué es un Sistema de Gestión de Calidad?.....	26
2.3.4.2 Finalidad de un Sistema de Gestión de Calidad.	26
2.3.5 Principios de la Gestión de Calidad. (Nava, V. 2010: pág. 15).....	26
2.3.5.1 Organización enfocada al cliente.....	27
2.3.5.2 Liderazgo.	27
2.3.5.3 Participación del personal.....	28
2.3.5.4 Enfoque con base en los procesos.	29
2.3.5.5 Enfoque del sistema para la gestión.....	29
2.3.5.6 Mejora continua.	29
2.3.5.7 Enfoque que se basa en hechos para la toma de decisión.....	30
2.3.5.8 Relaciones recíprocas beneficiosas con el proveedor.....	31
2.3.6 Un modelo de procesos ¿Por qué?.....	31
2.3.7 El ciclo PHVA.....	32
CAPITULO III.....	34
MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Identificación y descripción de la organización	34
3.2 Idea a defender	34
3.3 Tipo de investigación	34
3.3.1 Tipos de estudios de investigación.	34
3.3.2 Diseño de la investigación.....	35

3.4	Población y muestra	38
3.4.1	Población.	38
3.4.2	Muestra.	38
3.5	Métodos, técnicas e instrumentos	38
CAPITULO IV.....		39
ANALISIS DE RESULTADOS		39
4.1	Metodología, guía y/o procedimiento de implementación o de propuesta.....	39
4.1.1	Análisis y tabulación de datos.	39
4.1.1.1	Administrativo.	39
4.1.1.1.1	Planificación.....	39
4.1.1.1.2	Organización.	42
4.1.1.1.3	Dirección.	44
4.1.1.1.4	Control.	45
4.1.1.2	Económico.	46
4.1.1.3	Tecnológico.	52
4.1.1.4	Prestación del Servicio.	54
4.1.1.5	Calidad.	58
4.1.2	Cuadro resumen.	69
4.2	Diseño o formulación de la propuesta	72
4.2.1	Objeto y campo de aplicación.	72
4.2.1.1	Generalidades.	72
4.2.1.2	Aplicación.....	72
4.2.2	Normatividad de referencia.	72
4.2.3	Términos y definiciones.	73
4.2.3.1	Términos relativos a la calidad.	73
4.2.3.2	Términos relativos a la gestión.	73
4.2.3.3	Términos relativos a la organización.	74

4.2.3.4	Términos relativos al proceso y servicio.	74
4.2.3.5	Términos relativos a las características.	76
4.2.3.6	Términos relativos a la conformidad.	76
4.2.3.7	Términos relativos a la documentación.	77
4.2.3.8	Términos relativos a la auditoría.	77
4.2.3.9	Términos relativos al aseguramiento de la calidad para los procesos de medición...	78
4.2.4	Sistema de Gestión de Calidad.	78
4.2.4.1	Requisitos generales (Macro proceso).	78
4.2.4.2	Requisitos de la documentación.	79
4.2.4.2.1	Generalidades.	79
a)	Política de calidad.	80
b)	Objetivos de la calidad.	80
4.2.4.2.2	Manual de calidad.	80
4.2.4.2.3	Control de los documentos.	80
4.2.4.2.4	Control de registros.	84
4.2.5	Responsabilidad de la dirección.	86
4.2.5.1	Compromiso de la dirección.	86
4.2.5.2	Enfoque al cliente.	86
4.2.5.3	Política de la calidad.	86
4.2.5.4	Planificación.	87
4.2.5.4.1	Objetivos de la calidad.	87
4.2.5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.	88
4.2.5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación.	92
4.2.5.5.1	Responsabilidad y autoridad.	92
4.2.5.5.2	El representante de la dirección.	93
4.2.5.5.3	Comunicación interna.	93
4.2.5.6	Revisión de la dirección.	94

4.2.5.6.1	Generalidades.....	96
4.2.5.6.2	Información para la revisión.	96
4.2.5.6.3	Resultados de la revisión.....	97
4.2.6	Gestión de los recursos.	97
4.2.6.1	Provisión de los recursos.	97
4.2.6.2	Talento humano.	99
4.2.6.2.1	Generalidades.....	99
4.2.6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación.	108
4.2.6.3	Infraestructura.....	111
4.2.6.4	Ambiente de trabajo.....	111
4.2.7	Prestación de servicios médicos y hospitalarios.....	111
4.2.7.1	Planificación de la prestación de servicios médicos y hospitalarios.	111
4.2.7.2	Procesos relacionados con el cliente.....	112
4.2.7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con la prestación de servicios médicos y hospitalarios.....	112
4.2.7.2.2	Revisión de los requisitos con el servicio.	112
4.2.7.2.3	Comunicación con el cliente.	114
4.2.7.3	Diseño y desarrollo.....	114
4.2.7.4	Compras.....	114
4.2.7.4.1	Proceso de compras.....	114
4.2.7.4.2	Información de compras.....	118
4.2.7.4.3	Verificación de los productos comprados.....	119
4.2.7.5	Prestación del servicio.	119
4.2.7.5.1	Control de la prestación de los servicios.....	119
4.2.7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios. 127	
4.2.7.5.3	Identificación y trazabilidad.....	127
4.2.7.5.4	Propiedad del cliente.....	127

4.2.7.5.5	Preservación de los servicios médicos y hospitalarios.....	127
4.2.7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición.	127
4.2.7.6.1	Elaboración de listas de equipo y software.	127
4.2.7.6.2	Definición del criterio para la calibración y/o verificación y mantenimiento de equipo y software.	128
4.2.7.6.3	Evaluación del proveedor, acciones internas del servicio de calibración y/o verificación y mantenimiento del equipo.	128
4.2.7.6.4	Definición del programa de mantenimiento y calibración y/o verificación.....	128
4.2.7.6.5	Calibración y/o verificación y mantenimiento de equipo y/o software.	128
4.2.7.6.6	Registros de calibración y/o verificación.	128
4.2.8	Medición, análisis y mejora.....	130
4.2.8.1	Generalidades de medición, análisis y mejora.....	130
4.2.8.2	Seguimiento y medición	130
4.2.8.2.1	Satisfacción del cliente.....	130
4.2.8.2.2	Auditoría interna de la calidad.	131
4.2.8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos.	137
4.2.8.2.4	Seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios.	137
4.2.8.3	Control de los servicios médicos y hospitalarios.....	137
4.2.8.4	Análisis de los datos	139
4.2.8.5	Mejora.....	139
4.2.8.5.1	Mejora continua.	139
4.2.8.5.2	Acciones correctivas.	139
4.2.8.5.3	Acciones preventivas.	143
4.2.8.6	Proceso de mejora continua.	146
4.2.8.6.1	Formulación del proceso de mejora continua.	146
4.2.8.6.1.1	Enunciado general.....	146
4.2.8.6.1.2	Compromiso de mejora.	146
4.2.8.6.1.3	Justificación.	146

4.2.8.6.1.4 Miembros del equipo de mejora continua	147
4.2.8.6.1.5 Objetivos.	147
4.2.8.6.1.6 Alcance.....	148
4.2.8.6.1.7 Fecha estimada de cumplimiento.....	148
4.2.8.6.1.8 Razones para trabajar con el proceso de mejora continua.	148
4.2.8.6.1.9 Medir el impacto.	148
4.2.8.6.2 Diagnóstico de la situación actual.....	148
4.2.8.6.2.1 Análisis de factores.	150
4.2.8.6.2.2 Análisis del flujo grama del proceso.....	150
4.2.8.6.2.3 Análisis del problema.....	150
4.2.8.6.3 Análisis de las causas.....	151
4.2.8.6.3.1 Diagrama del ¿Por qué?	152
4.2.8.6.4 Diseño y selección y soluciones.....	153
4.2.8.6.4.1 Diagrama de Pareto.	153
4.2.8.6.4.2 Diagrama del ¿Cómo?.....	154
4.2.8.6.4.3 Plan de Mejora.	155
4.2.8.6.5 Implementación.....	156
4.2.8.6.6 Verificación de los resultados.	157
4.2.8.6.7 Acción.	158
4.3 Verificación de idea a defender	159
Conclusiones	160
Recomendaciones	161
Bibliografía	162
Anexos	163

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Título	Pág.
1	Diseño de la Investigación.....	35
2	Planificación.....	39
3	Organización.....	42
4	Dirección.....	44
5	Control.....	45
6	Contabilidad.....	46
7	Presupuestos de HOSPIESAJ S.A.....	47
8	Estados financieros.....	48
9	Ratios de liquidez de HOSPIESAJ S.A.....	49
10	Ratios de apalancamiento de HOSPIESAJ S.A.....	49
11	Ratios de rentabilidad de HOSPIESAJ S.A.....	50
12	Ratios de actividad de HOSPIESAJ S.A.....	51
13	Equipos médicos.....	52
14	Software y hardware de HOSPIESAJ S.A.....	53
15	Talento humano.....	54
16	Especialidades médicas.....	55
17	Servicios de apoyo.....	55
18	Satisfacción en el servicio prestado.....	56
19	Capacitaciones del talento humano.....	57
20	Requisitos generales del Sistema de Calidad.....	58
21	Requisitos de la documentación.....	59
22	Compromiso de la dirección.....	60
23	Enfoque al cliente.....	61
24	Política de calidad.....	62
25	Provisión de los recursos.....	63
26	Planificación de la prestación de servicio.....	64
27	Procesos relacionados con el cliente.....	65
28	Compras.....	66
29	Prestación del servicio.....	67
30	Medición, análisis y mejora.....	68

31	Cuadro resumen de los factores organizacionales de HOSPIESAJ S.A.....	69
32	Plan de calidad.....	87
33	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.....	89
34	Requisitos para consultas médicas.....	119
35	Requisitos para hospitalización.....	122
36	Tabla de cómo medir.....	130
37	Programa de auditoría.....	131
38	Selección y evaluación de auditores internos de calidad.....	132
39	Análisis de factores.....	149
40	Análisis del flujo grama del proceso.....	149
41	Análisis del problema.....	149
42	Diagrama de Pareto.....	152
43	Plan de mejora.....	154
44	Diagrama de Gantt.....	155
45	Verificación de resultados.....	156

ÍNDICE DE FIGURAS

No.	Título	Pág.
1	Origen y desarrollo de la administración.....	4
2	Características de la administración.....	6
3	Fases de la administración.....	8
4	Etapas del proceso administrativo.....	9
5	Principios y técnicas.....	10
6	Conceptos de calidad.....	15
7	Áreas responsables de la calidad.....	21
8	Alineación de actividades con enfoque al cliente.....	31
9	Ciclo PHVA.....	33
10	Planificación.....	39
11	Organización.....	42
12	Organigrama estructural de HOSPIESAJ S.A.....	43
13	Dirección.....	44
14	Control.....	45
15	Contabilidad.....	46
16	Presupuestos de HOSPIESAJ S.A.....	47
17	Estados financieros.....	48
18	Equipos médicos.....	52
19	Software y hardware de HOSPIESAJ S.A.....	53
20	Talento humano.....	54
21	Satisfacción en el servicio prestado.....	56
22	Capacitaciones del talento humano.....	57
23	Requisitos generales del Sistema de Calidad.....	58
24	Requisitos de la documentación.....	59
25	Compromiso de la dirección.....	60
26	Enfoque al cliente.....	61
27	Política de calidad.....	62
28	Provisión de los recursos.....	63
29	Planificación de la prestación de servicio.....	64
30	Procesos relacionados con el cliente.....	65

31	Compras.....	66
32	Prestación del servicio.....	67
33	Medición, análisis y mejora.....	68
34	Macro proceso del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.....	79
35	Diagrama de equipos.....	92
36	Diagrama de causa y efecto.....	150
37	Diagrama del ¿Por qué?.....	151
38	Diagrama de Pareto.....	152
39	Diagrama del ¿Cómo?.....	153
40	Acción o estandarización.....	157

ÍNDICE DE PROCEDIMIENTOS

No.	Título	Pág.
1	Procedimiento para el control de documentos.....	81
2	Procedimiento para el control de registros.....	84
3	Procedimiento de reclutamiento y selección del talento humano.....	99
4	Procedimiento de elaboración de descriptores de puestos.....	101
5	Procedimiento de salud ocupacional.....	105
6	Procedimiento de capacitación.....	109
7	Procedimiento para compras.....	115
8	Procedimiento de atención médica.....	120
9	Procedimiento de servicio hospitalario.....	123
10	Procedimiento de servicio de emergencia.....	125
11	Procedimiento de auditorías internas.....	133
12	Procedimiento para acciones correctivas.....	140
13	Procedimiento para acciones preventivas.....	143

ÍNDICE DE REGISTROS

No.	Título	Pág.
1	Revisión por la dirección.....	94
2	Descriptor de puestos.....	103
3	Registro de talento humano.....	104
4	Registro médico.....	113
5	Evaluación a proveedores.....	117
6	Orden de compra.....	118
7	Registro de calibración, verificación y mantenimiento.....	129
8	Registro de auditorías internas.....	135
9	Registro de la encuesta de satisfacción del cliente.....	138
10	Registro de acciones correctivas.....	142
11	Registro de acciones preventivas.....	145

ÍNDICE DE ANEXOS

No.	Título	Pág.
1	Encuesta al talento humano de HOSPIESAJ S.A., factor administrativo.....	163
2	Encuesta al talento humano de HOSPIESAJ S.A., factor económico.....	164
3	Estados financieros de HOSPIESAJ S.A.....	165
4	Encuesta al talento humano de HOSPIESAJ S.A., factor tecnológico.....	167
5	Inventario del equipo médico de HOSPIESAJ S.A.....	168
6	Encuesta a clientes de HOSPIESAJ S.A.....	172
7	Encuesta al talento humano de HOSPIESAJ S.A., factor prestación del servicio.....	173
8	Encuesta al talento humano de HOSPIESAJ S.A., factor de la calidad.....	174
9	Check list Norma ISO 9001:2008.....	176
10	Manual de calidad.....	182
11	Acta de nombramiento.....	220
12	Descriptores de puestos.....	221
13	Servicio médico ideal en HOSPIESAJ S.A.	247

INTRODUCCIÓN

La administración es fundamental para lograr la máxima productividad y calidad en cualquier actividad. Con la globalización, esta disciplina se ha convertido en el factor decisivo para competir en los mercados internacionales. Entonces, la tarea de la administración consiste en interpretar los objetivos de la empresa y transformarlos en acción empresarial mediante la planeación, organización, dirección y control de las actividades realizadas en las diversas áreas y niveles de la empresa para conseguir tales objetivos.

Se han desarrollado varias filosofías de calidad de las cuales muchas han salido satisfactorias, entre los más importantes tenemos a Philip Crosby, Kaoru Ishikawa, Genichi Taguchi, Joseph M. Juran y William Edward Deming, conociendo a este último como el impulsor del desarrollo en Japón, siendo considerado como “EL PADRE DE LA REVOLUCIÓN DE LA CALIDAD” con sus catorce principios de calidad. La gestión de calidad de Deming está basado en generar productos y/o servicios que satisfagan los requerimientos del cliente, este sistema necesita de la cooperación de todos los niveles de la organización que va desde el nivel gerencial al nivel operativo, además el llamado círculo de Deming constituye una herramienta muy importante para llevar a cabo la mejora total del proceso que constituye un símbolo de la mejora continua y está representado por el PHVA (planear, Hacer, Verificar y Actuar).

Las empresas están comprometidas con satisfacer al cliente, haciendo las cosas de la mejor manera y a la vez mejorando en sus actividades para beneficiar a todos quienes dependen de ella como lo son los accionistas, empleados, clientes, proveedores, etc. para ello se debe identificar cuáles son sus áreas claves para desarrollar políticas, objetivos, valores y sobre todo el compromiso para lograr el éxito.

Conociendo la importancia de la calidad en estos tiempos, surge la necesidad de diseñar un sistema de gestión de calidad que ayudará a dirigir y controlar a la organización de una empresa buscando la mejora en eficacia y rentabilidad. Siendo un conjunto de elementos interrelacionados que trabajan coordinados para establecer una política de calidad al igual que sus objetivos, para prestar servicios de calidad y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

El éxito de un sistema de gestión de calidad no depende solo la alta dirección sino del compromiso de todos los que conforman la empresa, claro está que la dirección es quien provee los recursos, la prestación de servicios con altos estándares de calidad es nuestro objetivo, pues de ello depende la satisfacción del cliente y los cuales pueden ser medido a través de indicadores de satisfacción para elaborar procesos de mejora continua y determinar acciones correctivas y preventivas ante los problemas que aparezcan.

Las ventajas de un sistema de gestión de calidad son en la imagen, comerciales, económicas, organizacionales, técnicas y humanas que logran que HOSPOESAJ S.A. se mantenga liderando en la prestación de un buen servicio de atención médica, ya que es de vital importancia tener en la ciudad una empresa que se encuentre brindando servicios de atención médica de calidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., no se lleva a cabo en forma documentada la operatividad del servicio, la medición y análisis sobre los niveles de satisfacción en los clientes.

1.1.1 Formulación del problema.

El principal problema que se ha detectado, consiste que no cuentan con los requisitos de calidad, por lo que surge la necesidad de crear un Sistema de Gestión de Calidad basándonos en la Norma ISO 9001:2008, para aumentar la satisfacción de los clientes con el servicio prestado. Todo esto no podrá lograrse si la organización no se compromete con los objetivos de HOSPIESAJ S.A.

1.1.2 Delimitación del problema.

Diseñar el Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., del cantón Riobamba, provincia de Chimborazo para elevar la satisfacción de los clientes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General.

Diseñar un modelo de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para elevar la satisfacción del cliente en el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. de la ciudad de Riobamba para el periodo 2013.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- a) Realizar una investigación teórica sobre la Norma ISO 9001:2008.
- b) Diagnosticar la documentación del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.
- c) Determinar los requerimientos aplicables de la Norma ISO 9001:2008 al Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.

- d)** Elaborar el Sistema de Gestión de Calidad que ayudará a elevar la satisfacción del cliente.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de un sistema de gestión de calidad surge de la necesidad de contar con una gestión adecuada y de prestar servicios eficientes, para ello debemos lograr la mejora continua en los procesos, determinando así una planificación adecuada de los procesos que se deben cumplir para lograr la aceptación en el servicio.

El diseño de un sistema de gestión de calidad nos “asegurará” la satisfacción del cliente a través del talento humano y del producto de calidad, es decir, tendremos un aumento en los beneficios, mejor organización del trabajo, buenas relaciones con los clientes, “fidelidad” de los clientes, motivación del talento humano.

Entre los beneficiarios al acoger este Sistema de Gestión de Calidad tenemos:

- a)** HOSPIESAJ S.A. elevará los niveles de calidad.
- b)** El cliente porque va a tener un servicio de calidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ADMINISTRACIÓN

2.1.1 Definición.

“La administración es un proceso a través del cual se coordinan y optimizan los recursos de un grupo social con el fin de lograr la máxima eficacia, calidad y productividad en la consecución de sus objetivos”¹ (Münch, L. 2007: pág. 6).

Es decir, la administración se refiere a la coordinación de todos los recursos a través de la planeación, organización, dirección y control con el fin de alcanzar los objetivos planteados por la empresa.

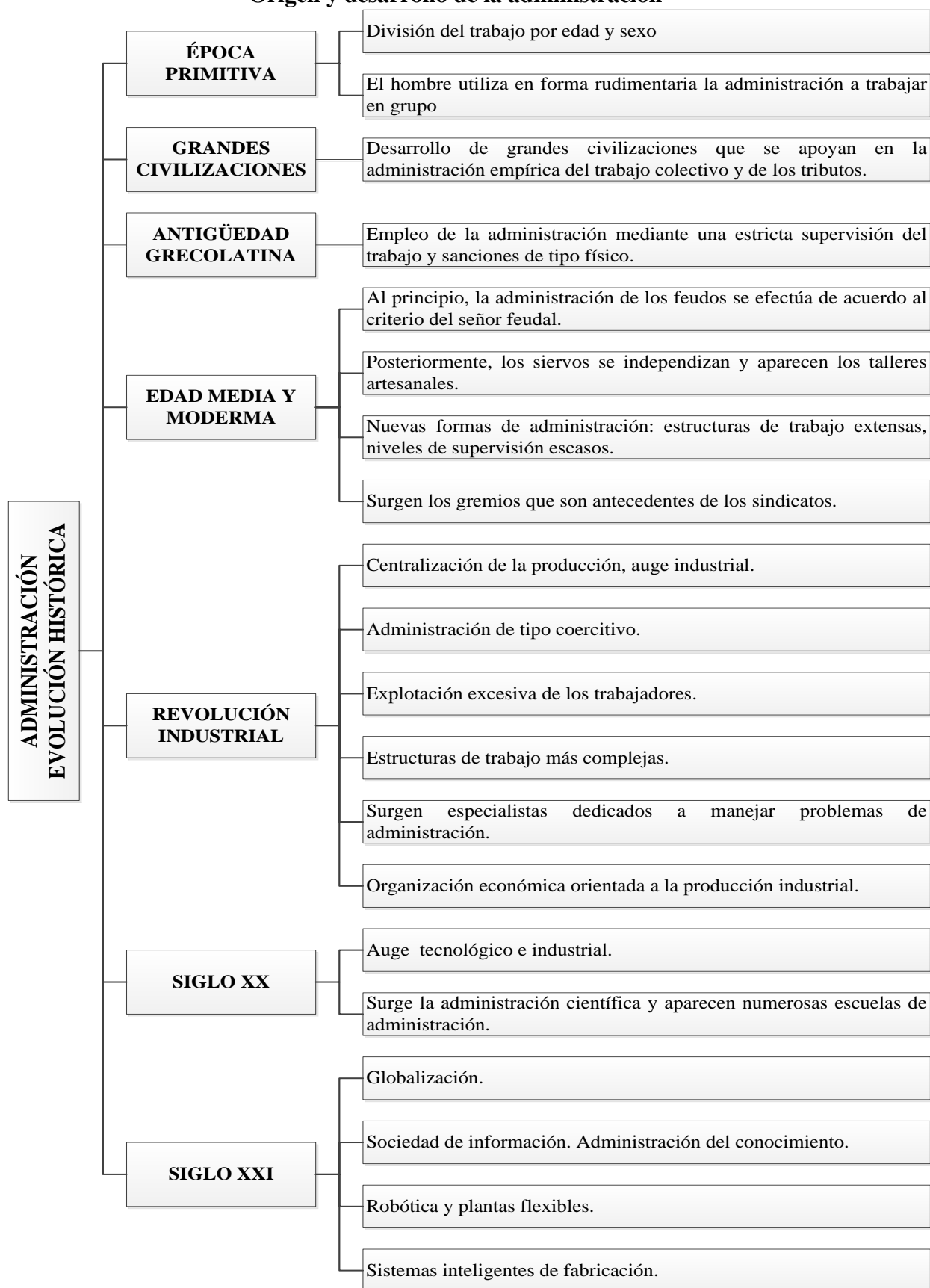
2.1.2 Origen y evolución de la administración.

Los grandes avances que disfrutamos en esta época, en cualquier ámbito, ya sea, económico, tecnológico o científico, se relacionan con la administración.

El avance de la humanidad sería imposible de entender sin la existencia de esta actividad. A continuación se presentan algunos ejemplos de la administración a lo largo de la historia; cabe señalar que es un resumen muy general y simplificado.

¹ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

Figura No. 01
Origen y desarrollo de la administración



FUENTE: Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. (P. 14). México: Pearson Educación.

2.1.3 Importancia de la administración.

La importancia de la administración es indiscutible; si analizamos su origen y evolución a lo largo de la historia es posible concluir que gran parte del avance de la sociedad está fundamentada en la administración. Además, la importancia de esta disciplina se demuestra por lo siguiente:

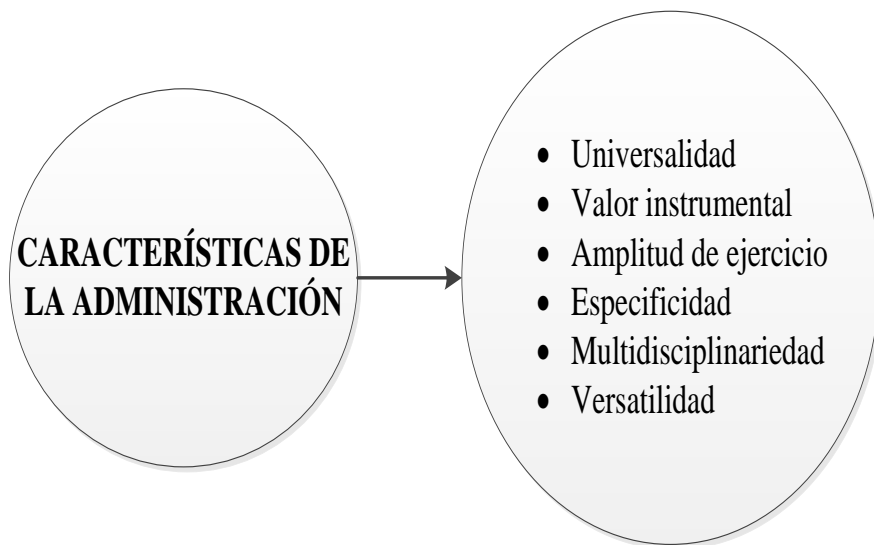
- a) Es indispensable para el adecuado funcionamiento de cualquier organismo social.
- b) Simplifica el trabajo al establecer principios, métodos y procedimientos, para lograr mayor rapidez y efectividad.
- c) Optimiza recurso. La productividad y eficiencia están en relación directa con la aplicación de una adecuada administración.
- d) Contribuye al bienestar de la comunidad, ya que proporciona lineamientos para el aprovechamiento de los recursos, para mejorar la calidad de vida y generar empleos.
- e) Es la estructura donde se basa el desarrollo económico y social de la comunidad.

2.1.4 Características de la administración.

La administración posee ciertas características que la diferencian de otras disciplinas:

- a) **Universalidad.-** es indispensable en cualquier grupo social, ya sea una empresa pública o privada.
- b) **Valor instrumental.-** su finalidad es eminentemente práctica, la administración es un medio para lograr los objetivos de un grupo.
- c) **Amplitud de ejercicio.-** se aplica en todos los niveles o subsistemas de una organización.
- d) **Especificidad.-** aunque la administración se auxilia de diversas ciencias, su campo de acción es específico, por lo que no puede confundirse con otras disciplinas.
- e) **Multidisciplinariedad.-** utiliza y aplica conocimientos de varias ciencias y técnicas.
- f) **Versatilidad.-** los principios administrativos son flexibles y se adaptan a las necesidades de cada grupo social en donde se aplican.

Figura No. 02
Características de la administración



FUENTE: Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. (P. 23). México: Pearson Educación.

2.1.5 Proceso administrativo.

El proceso administrativo es una metodología fundamental para la aplicación de la administración. Independientemente de que ésta forme parte de la escuela del proceso administrativo, es una herramienta indispensable entorno a la cual se pueden aplicar los demás enfoques o escuelas administrativas; su importancia es similar a la de las operaciones básicas de aritmética; sin éstas no es posible realizar otras operaciones matemáticas. Igualmente, las etapas del proceso administrativo son básicas para aplicar cualquier estilo o escuela de administración.

“Un proceso es el conjunto de pasos o etapas necesarios para llevar a cabo una actividad”² (Münch, L. 2007: pág. 36).

Es decir, proceso es una serie de etapas dinámicas que interactúan entre sí, con el fin de que funcionen eficaz y eficientemente.

El proceso administrativo es una metodología que permite al administrador, gerente, ejecutivo, empresario o cualquier otra persona manejar eficazmente una organización, y consiste en estudiar la administración como un proceso integrado por varias etapas.

² Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

Cada etapa responde a seis preguntas fundamentales: ¿Qué? ¿Para qué? ¿Cómo? ¿Con quién? ¿Cuándo? y ¿Dónde?; interrogantes que siempre deben plantearse durante el ejercicio de la administración, y que son conocidas como las preguntas clave de esta disciplina.

La unidad temporal de la administración implica que ésta comprende varias fases, etapas o funciones, que existen ya sea por separado o simultáneamente; cuyo conocimiento es indispensable, a fin de aplicar esta disciplina correctamente; dichas etapas conforman el proceso administrativo.

Cuando se administra cualquier empresa existen dos fases: una estructural, donde se determina su finalidad y rumbo, así como las alternativas para conseguirlos; y otra operativa, en la que se ejecutan todas las actividades necesarias para lograr lo establecido durante el periodo de estructuración. A estas dos fases, Lyndall F. Urwick les llama *mecánica* y *dinámica de la administración*. La mecánica administrativa es la parte de la administración donde se establece lo que *debe hacerse*, mientras que la fase dinámica u operativa se refiere a *cómo manejar de hecho* la empresa.

“El proceso administrativo es el conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración”³ (Münch, L. 2007: pág. 37).

Es decir, el proceso administrativo se refiere a la serie de pasos dinámicos que interactúan entre sí, dentro de la administración con todas sus fases que son: planeación, organización, dirección y control.

³ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

Figura No. 03
Fases de la administración



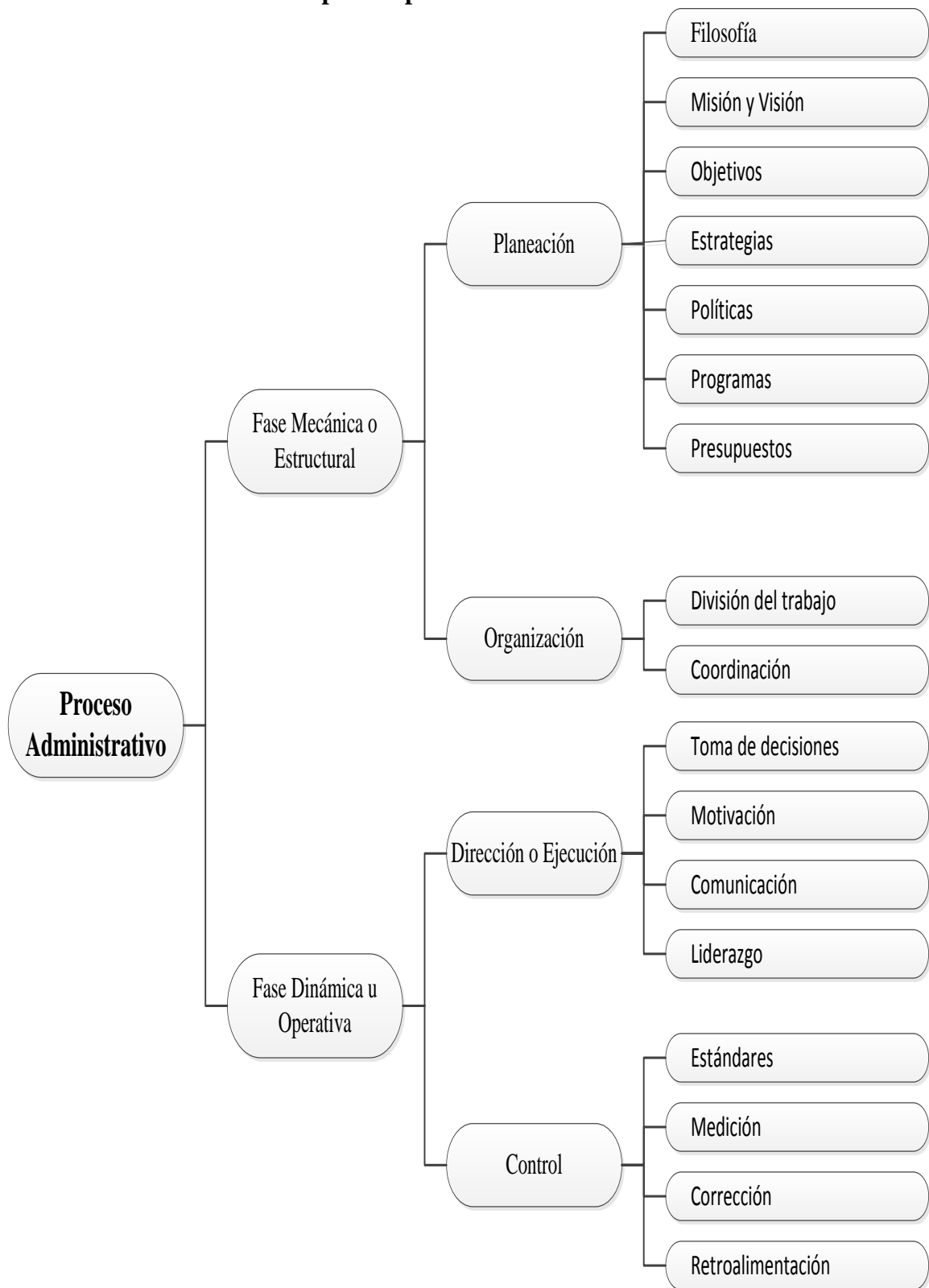
FUENTE: Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. (P. 37). México: Pearson Educación.

2.1.6 Etapas del proceso administrativo.

Existen diversas opiniones en cuanto al número de etapas que constituyen el proceso administrativo; aunque, de hecho, para todos los autores los elementos esenciales sean los mismos.

Se estudiarán las cuatro etapas del proceso administrativo, porque este criterio es uno de los más difundidos y, además, es el más sencillo para fines didácticos. Un resumen de las fases, etapas y elementos que conforman el proceso administrativo, se presenta en el siguiente cuadro:

Figura No. 04
Etapas del proceso administrativo



FUENTE: Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. (P. 38). México: Pearson Educación.

En cada etapa se aplican diversos principios, y se utilizan técnicas y metodologías específicas.

Figura No. 05
Principios y técnicas

ETAPAS	ELEMENTOS	PRINCIPIOS	TÉCNICAS
PLANEACIÓN ¿Qué se va a hacer?	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofía • Valores • Visión • Misión • Objetivos • Estrategias • Políticas • Programas • Presupuestos 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad del objetivo • Cuantificación • Flexibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Gráfica de Gantt • CPM
ORGANIZACIÓN ¿Cómo se va a hacer?	División del trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Departamentalización • Descripción de funciones • Descripción de actividades • Coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía jerárquica • Especialización • Tramo de control • Delegación • Simplificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuales • Organigramas • Análisis de puestos • Diagramas de proceso
DIRECCIÓN Ejecutarlo	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones • Motivación • Delegación • Comunicación • Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganar-ganar • Aprovechamiento del conflicto • Resolución del conflicto • Vía jerárquica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativas • Cuantitativas
CONTROL ¿Cómo se ha hecho?		<ul style="list-style-type: none"> • Función controladora • Cuantificación • Autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • Control preventivo correctivo y permanente

FUENTE: Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. (P. 39). México: Pearson Educación.

2.1.6.1 Planeación.

La determinación de escenarios futuros y del rumbo hacia donde se dirige la empresa, y de los resultados que se pretenden obtener para minimizar riesgos y definir las estrategias para lograr el propósito de la organización con una mayor probabilidad de éxito.⁴ (Münch, L. 2007: pág. 40).

⁴ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

Es decir, la planeación es como proyectarse hacia el futuro, sea cercano o lejano este, con el fin de fijarse una meta para poder tomar las mejores decisiones en beneficio de todos.

2.1.6.1.1 Tipos de planeación.

De acuerdo con el nivel jerárquico en el que se realice, con el ámbito de la organización que abarque y con el periodo que comprenda la planeación puede ser:

- a) **Estratégica.-** define los lineamientos generales de la planeación de la empresa; esta labor la realizan los altos directivos para establecer los planes generales de la organización; generalmente es a mediano y a largo plazo, y abarca toda la organización.
- b) **Táctica o funcional.-** comprende planes más específicos que se elaboran en cada uno de los departamentos o áreas de la empresa, y que se subordinan a los planes estratégicos. Los planes tácticos son planes detallados de cada gerencia para lograr el plan estratégico.
- c) **Operativa.-** es a corto plazo, se diseña y se rige de acuerdo con la planeación táctica; se realiza en los niveles de sección y operación. Su tarea consiste en la formulación y asignación de resultados y actividades específicas que deben ejecutar los últimos niveles jerárquicos de la empresa.

2.1.6.1.2 Importancia.

La planeación es muy importante para el adecuado funcionamiento de cualquier grupo social, ya que a través de ésta se minimizan riesgos. Algunas ventajas de la planeación son:

- a) Permite encaminar y aprovechar mejor los esfuerzos y recursos.
- b) Reduce los niveles de incertidumbre que se pueden presentar en el futuro.
- c) Permite hacer frente a las contingencias que se presenten.
- d) Es un sistema racional para la toma de decisiones a futuro, evitan las corazonadas o empirismos.
- e) Reduce al mínimo los riesgos y aprovechan al máximo las oportunidades.
- f) Al planear se define el rumbo y las bases a través de las cuales operará la empresa.
- g) Es la base de los elementos para efectuar el control.

- h) La motivación se eleva.
- i) Optimiza recursos.

2.1.6.2 Organización.

A través de la organización se determina la forma de llevar a cabo los objetivos mediante la coordinación de los recursos disponibles para lograr los objetivos y la simplificación del trabajo.

“La organización consiste en el diseño y determinación de las estructuras, procesos, funciones y responsabilidades así como el establecimiento de métodos, y la aplicación de técnicas tendientes a la simplificación del trabajo”⁵ (Münch, L. 2007: pág. 45).

Es decir, la organización consiste en coordinar el trabajo en conjunto de todos quienes participan en un trabajo, mediante el establecimiento de tareas con el objeto de poder evaluar el resultado logrado.

El propósito de la organización es simplificar el trabajo y coordinar y optimizar funciones; en otras palabras: lograr que todas las actividades y recursos se coordinen y utilicen de tal forma que resulte sencillo y fácil su manejo para quienes trabajan en la empresa y para la atención y satisfacción de los clientes. La simplicidad en la estructura facilita la flexibilidad; el diseño de procesos adecuados fomenta la eficiencia e iniciativa del personal; y la rapidez en la consecución de los objetivos plasmados en la fase de planeación.

2.1.6.2.1 Importancia.

La organización aporta múltiples ventajas que fundamentan su importancia:

- a) Suministra los métodos para que se puedan desempeñar las actividades eficientemente, con un mínimo de esfuerzos.
- b) Reduce los costos e incrementa la productividad.
- c) Reduce o elimina la duplicidad.

⁵ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

2.1.6.3 Dirección.

Todas las etapas del proceso administrativo revisten igual importancia para lograr eficazmente los objetivos de una organización; sin embargo, al ser la dirección la etapa donde se ejecutan todas las etapas del proceso administrativo, en muchas ocasiones se confunden los conceptos administrar y dirigir, sobre todo si se considera que en inglés se utiliza el término management para referirse indistintamente a la dirección y a la administración. En la dirección se aplican todas las etapas del proceso administrativo, y el éxito de cualquier empresa se deriva en gran parte de una acertada dirección. La dirección es un proceso que comprende una serie de elementos como la toma de decisiones, la comunicación, la motivación y el liderazgo.

Mediante la toma de decisiones se elige la alternativa óptima para lograr los objetivos de la organización. A través de la comunicación se transmite y recibe la información necesaria para ejecutar las decisiones, planes y actividades. Con la motivación se obtienen comportamientos, actitudes y conductas del personal para trabajar eficientemente y de acuerdo con los objetivos de la empresa. Por último, el liderazgo se utiliza para influir, guiar o dirigir a un grupo de personas hacia el logro de la misión de la empresa.

“La dirección es la ejecución de todas las fases del proceso administrativo mediante la conducción y orientación de los recursos, y el ejercicio del liderazgo hacia el logro de la misión y visión de la empresa”⁶ (Münch, L. 2007: pág. 51).

Es decir, la dirección es un proceso en el cual el líder busca influir sobre el talento humano a través de la orientación y guía, para poder alcanzar las metas propuestos por la empresa.

2.1.6.4 Control.

A través del control se garantiza el cumplimiento de los planes. Si el control se conceptualiza como la última etapa del proceso administrativo, esto no significa que en la práctica suceda de la misma manera; la planeación y el control están relacionados a tal grado, que en muchas ocasiones el administrador difícilmente puede delimitar si está

⁶ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

planeando o controlando; incluso para algunos autores el control forma parte de la planeación misma. La información obtenida a través del control es básica para poder reiniciar el proceso de planeación.

“El control es la fase del proceso administrativo a través de la cual se establecen estándares para evaluar los resultados obtenidos, con el objeto de corregir desviaciones, prevenirlas y mejorar continuamente las operaciones”⁷ (Münch, L. 2007: pág. 55).

Es decir, el control consiste en medir y evaluar lo que se ha logrado según lo que se ha planificado con anterioridad, para así determinar si existen o no desviaciones y en el caso de existir tomar medidas correctivas.

El control es un medio de retroinformación que sirve para reiniciar el proceso administrativo. Si el fin último de la administración es la calidad y eficiencia, la manera de verificar que esto se ha logrado es a través del control. Uno de los principios de la calidad total estipula que la prevención es la mejor forma de control, porque si se planean las actividades y se capacita al personal para trabajar con eficiencia, seguramente se minimizarán los errores y se evitará el control correctivo. La aspiración fundamental de la administración es el autocontrol y la autodirección. Lo ideal es saber elegir y utilizar las formas, técnicas y tipos de control que propicien la máxima satisfacción del personal, de los clientes y de los accionistas, para cumplir la misión de la empresa.

2.1.6.4.1 Importancia.

El control es de vital importancia, dado que:

- a) Sirve para comprobar la efectividad de la gestión.
- b) Promueve el aseguramiento de la calidad.
- c) Protege los activos de la empresa.
- d) Se garantiza el cumplimiento de los planes.
- e) Establece medidas para prevenir errores, reducir los costos y tiempo.
- f) Sirve para determinar y analizar las causas que originan las desviaciones, y evitar que se repitan.

⁷ Münch, L. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México: Pearson Educación.

g) Es el fundamento para el proceso de la planeación.

2.2 CALIDAD

2.2.1 Definición.

Existen diversas clasificaciones de los enfoques conceptuales de la calidad. Los conceptos que a continuación revisaremos aluden tanto al producto como al proceso, al servicio, a la propia empresa o a su sistema de gestión.

Figura No. 06
Conceptos de calidad

AUTORES	ENFOQUE	ACENTO DIFERENCIAL	DESARROLLO
Platón	Excelencia	Calidad Absoluta (producto)	Excelencia como superioridad absoluta, “lo mejor”. Asimilación con el concepto de “lujo”. Analogía con la calidad de diseño.
Shewhart Crosby	Técnico: conformidad con especificaciones	Calidad comprobada/ controlada (procesos)	Establecer especificaciones. Medir la calidad por la proximidad real a los estándares. Énfasis en la calidad de conformidad. Cero defectos.
Deming, Taguchi	Estadístico: pérdidas mínimas para la sociedad, reduciendo la variabilidad y mejorando estándares.	Calidad generada (producto y procesos)	La calidad es inseparable de la eficiencia económica. Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo. La calidad exige disminuir la variabilidad de las características del producto alrededor de los estándares y su mejora permanente. Optimizar la calidad de diseño para mejorar la calidad de conformidad.
Feigenbaum Juran Ishikawa	Aptitud para el uso	Calidad planificada (sistema)	Traducir las necesidades de los clientes en las especificaciones. La calidad se mide por lograr la aptitud deseada por el cliente. Énfasis tanto en la calidad de diseño como de conformidad.
Parasuraman Berry Zeithaml	Satisfacción de las expectativas del cliente	Calidad satisfecha (servicio)	Alcanzar o superar las expectativas de los clientes. Énfasis en la calidad de servicio.
Evans (Procter & Gambie)	Calidad total	Calidad gestionada (empresa y su sistema de valor)	Calidad significa crear valor para los grupos de interés. Énfasis en la calidad en toda la cadena y el sistema de valor.

FUENTE: Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. (P. 147). España: Pearson Educación S.A.

Entonces decimos que, la calidad es satisfacer las expectativas de los clientes con productos o servicios que cumplan con los requisitos que ellos necesitan.

2.2.2 Reseña histórica⁸. (Besterfield, D. 2009: pág. 4)

Sin duda, la historia del control de calidad es tan antigua como la industria misma. Durante la Edad Media, la calidad era controlada en gran medida por los largos periodos de entrenamiento establecidos por los gremios. Esa capacitación inyectaba orgullo en los colaboradores, por la calidad de sus productos, que eran hechos a la medida.

El concepto de especialización de la mano de obra fue introducido durante la Revolución Industrial. El resultado fue que un colaborador ya no fabricaba todo el producto, sino sólo una parte. Este cambio causó una declinación en la calidad de la mano de obra, porque ya no se necesitaban colaboradores calificados. La mayor parte de los productos fabricados durante ese periodo temprano no eran complicados; en consecuencia, la calidad no se afectó mucho. De hecho, al mejorar la productividad, los costos decrecieron, lo que causó menores expectativas de los clientes. A medida que los productos se volvieron más complicados, y los empleos más especializados, se hizo necesario inspeccionar los productos después de fabricarlos.

En 1946 se formó la American Society for Quality. Esta organización, mediante sus publicaciones, conferencias y sesiones de capacitación, ha promovido el uso de calidad para todos los tipos de producción y servicio.

En 1950, W. Edwards Deming, que había aprendido de Shewhart el control estadístico de la calidad, presentó una serie de conferencias sobre métodos estadísticos frente a ingenieros japoneses, y sobre responsabilidad por la calidad a los directores generales de las más grandes organizaciones en Japón. Joseph M. Juran viajó a Japón por primera vez en 1954, y enfatizó la responsabilidad de la administración en el logro de calidad. Con esos conceptos, los japoneses establecieron las normas de calidad para que el resto del mundo las adoptara.

En 1960 se formaron los primeros círculos de control de calidad, con el propósito de mejorar la calidad. La mente de obra japonés aprendió y aplicó técnicas estadísticas sencillas.

⁸ Besterfield, D. (2009). *Control de la Calidad*. México: Pearson Educación.

Para fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, los gerentes estadounidenses viajaban con frecuencia a Japón con el fin de aprender acerca del milagro japonés. En realidad esos viajes no eran necesarios, ya que podrían haber leído las publicaciones de Deming y Juran. Sin embargo, comenzó un renacimiento de la calidad en los productos y servicios estadounidenses, y para mediados de la década de 1980, se publicaron los conceptos de la administración de la calidad total.

A finales de la década de 1980, Genichi Taguchi introdujo sus conceptos de diseño de parámetros y tolerancias, y dio lugar a un resurgimiento del diseño de experimentos como un método valioso para mejorar la calidad.

En la década de 1990, la Norma ISO 9000 se convirtió en el modelo mundial para los sistemas de calidad. La Norma ISO 14000 fue aprobada como modelo mundial para sistemas de administración del medio ambiente.

Para el año 2000, el enfoque se desplazó hacia la tecnología de la información dentro de una organización, y fuera de ella a través de internet.

2.2.3 Evolución de calidad.

Desde la segunda guerra mundial hasta la década de los 70 en Occidente y Estados Unidos la calidad se basa en la inspección del producto final pues el mercado lo absorbe todo y la calidad se concentra en la no-existencia de problemas.

Por el contrario en Japón se inician los nuevos conceptos de la calidad, Deming establece el control de calidad estadístico, y Juran introduce el concepto de calidad total. Las novedades que se introducen son la implicación de los departamentos y empleados, se empieza a escuchar al consumidor introduciendo sus especificaciones en la definición de los productos.

Con la crisis del petróleo de los años 70 y el inicio de la globalización de los mercados el consumidor tiene mucha más información a la vez que los mercados empiezan a saturarse, USA pierde el liderazgo frente a Japón.

A principio de los 80 las empresas empiezan a considerar que la calidad no es solo esencial en sus aspectos técnicos de forma que se introduce también en la gestión, pero no es hasta enero de 1988 cuando se constituye en Estados Unidos el premio Malcolm Baldrige a la calidad, dando gran énfasis a los sistemas de información y análisis así como al cliente y su satisfacción.

2.2.4 Teorías y movimientos hacia la calidad y servicio.

2.2.4.1 Teoría de Deming⁹. (Vargas, M. & Aldana, L. 2012: pág. 55)

Nació en Iowa en 1900. Vivió la evolución de la calidad en el Japón y desarrollo puntos para que las organizaciones lleguen a una posición de productividad y competitividad; de igual forma trabaja las siete enfermedades mortales. Su trabajo ha hecho que sea reconocido en algunos lugares y por algunos empresarios como padre de la administración moderna. Deming murió en diciembre de 1993.

Sus principios son:

- a)** Crear conciencia del propósito de la mejora del producto y el servicio con un plan para ser competitivo y permanecer en el negocio.
- b)** Adoptar la nueva filosofía.
- c)** Terminar con la dependencia de la inspección masiva.
- d)** Terminar con la práctica de hacer negocios sobre la base únicamente del precio.
- e)** Descubrir el origen de los problemas.
- f)** Poner en práctica métodos de capacitación para el trabajo.
- g)** Poner en práctica métodos de supervisión de los colaboradores de producción.
- h)** Eliminar de la compañía todo temor que impida que los empleados puedan trabajar efectivamente en ella.
- i)** Eliminar las barreras que existan en los departamentos.
- j)** Destacar objetivos numéricos, carteles y lemas dirigidos a la fuerza del trabajo que soliciten nuevos niveles de productividad sin ofrecer métodos para alcanzarlos.
- k)** Eliminar normas de trabajo que prescriban cuotas numéricas.
- l)** Retirar las barreras que enfrentan al colaborador de la línea con su derecho a sentir orgullo por su trabajo.

⁹ Vargas, M. & Aldana, L. (2012). *Calidad y Servicio Concepto y Herramientas*. Colombia: Ecoe Ediciones.

- m) Instituir un vigoroso programa de educación y re-entrenamiento.
- n) Formar una estructura en la alta administración que asegure en el día a día que los 13 puntos anteriores se han cumplido.

2.2.4.2 Teoría de la calidad total (Autor: Karow Ishikawa)¹⁰. (Vargas, M. & Aldana, L. 2012: pág. 57)

Nació en 1915 en el Japón. Autor de la herramienta de la espina de pescado y del libro ¿Qué es el control total de la calidad? Fue el principal precursor de la calidad total en Japón y tuvo una gran influencia en el mundo, ya que resaltó las diferencias culturales en las naciones para el logro del éxito de la calidad.

Sus principios básicos se relacionan a continuación:

- a) En cualquier industria, control de calidad, es hacer lo que se tiene que hacer.
- b) El control de calidad que no puede mostrar resultados no es control de calidad.
- c) El control de calidad empieza y termina con la capacitación.
- d) El control de calidad revela lo mejor de cada empleado.
- e) Los primeros pasos de control de calidad, deben estar orientados a conocer los requerimientos de los consumidores y los factores que los impulsan a consumir.
- f) Anticipar los problemas potenciales y quejas.
- g) La calidad tiene que construirse en cada diseño y en cada proceso.
- h) El control de calidad es una disciplina que combina el conocimiento con la acción.
- i) Las actividades de los círculos de control de calidad son congruentes con la naturaleza humana y pueden ser exitosos en cualquier parte del mundo.
- j) Los métodos estadísticos son el mejor modo de controlar las operaciones.

2.2.4.3 Teoría de la planificación para la calidad (Autor: Joseph Juran)¹¹. (Vargas, M. & Aldana, L. 2012: pág. 56)

Nació en Rumania en 1904. Su enfoque se basa en la administración de la calidad que consiste en planear, controlar y mejorar la calidad, enfoque conocido más comúnmente como la Trilogía de la Calidad. Ha tenido una fuerte incidencia en el mundo por sus

^{10y10} Vargas, M. & Aldana, L. (2012). *Calidad y Servicio Concepto y Herramientas*. Colombia: Ecoe Ediciones.

publicaciones y por su Instituto de Asesorías; además, por su participación en la Sociedad Americana de Control de Calidad.

Sus puntos corresponden entonces a la planeación de la calidad independientemente de la organización del producto o proceso. La calidad se puede generar en una serie de pasos llamado “mapa de planeación de la calidad”; en él se trabajan los siguientes aspectos:

- a)** Identificación de los clientes.
- b)** Determinar las necesidades de esos clientes.
- c)** Traducir las necesidades a nuestro lenguaje.
- d)** Desarrollar productos con características que respondan en forma óptima a las necesidades de los clientes.
- e)** Desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto.
- f)** Transferir el proceso a la operación.

Control de calidad: en éste espacio Juran desarrollo los siguientes aspectos:

- a)** Establecer un lazo de retroalimentación en todos los niveles y para todos los procesos.
- b)** Asegurar que cada empleado se encuentre un estado de autocontrol.
- c)** Establecer los objetivos de calidad y una unidad de medición para ellos.
- d)** Proporcionar a las fuerzas operativas medios para ajustar el proceso de conformidad con los objetivos.
- e)** Transferir responsabilidad de control.
- f)** Evaluar el desempeño del proceso y la conformidad del producto mediante análisis estadístico.
- g)** Aplicar medidas correctivas para restaurar el estado de conformidad con los objetivos de calidad.

Mejoramiento de la calidad, éste proceso se basa en conceptos fundamentales como:

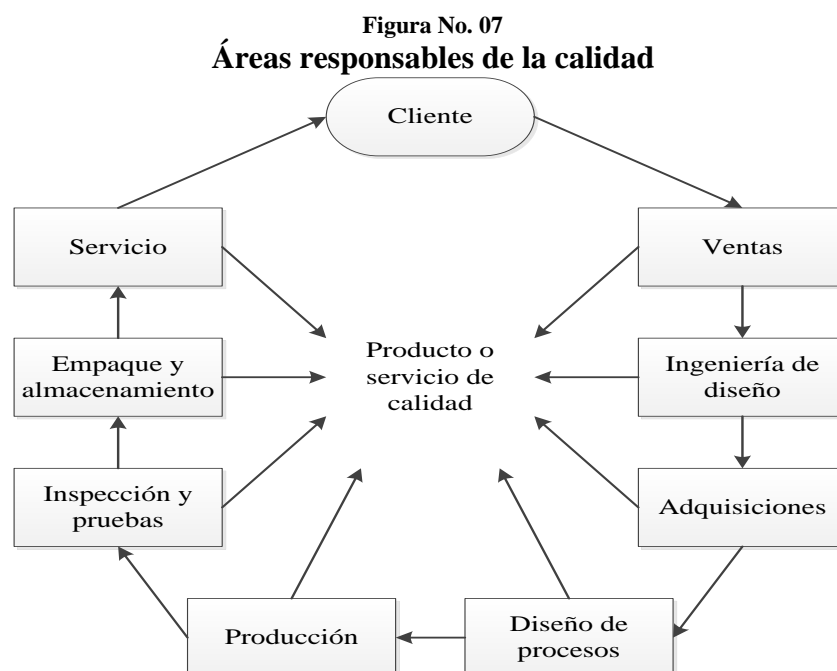
- a)** Realizar todas las mejoras; proyecto por proyecto.
- b)** Establecer un consejo de calidad.
- c)** Definir un proceso de selección de proyectos.
- d)** Designar para cada proyecto un equipo de seis a ocho personas con la responsabilidad de completar el proyecto.

- e) Otorgar reconocimiento y premios.
- f) Aumentar el peso del parámetro de calidad en la evaluación de desempeño en todos los niveles de la organización.
- g) Participar de la alta dirección en la revisión del progreso de las mejoras de calidad.
- h) Proporcionar entrenamiento extensivo a todo el equipo administrativo en el proceso de mejora de calidad, sus métodos y herramientas para establecer el programa de mejora de calidad anual.

2.2.5 Responsabilidad por la calidad.

La calidad no es responsabilidad de una persona o área funcional determinada; es el deber de cada quién. Se incluyen en ella la mente de obra en la línea de ensamble, la mecanógrafa, el agente de compras y el presidente de la empresa. La responsabilidad por la calidad comienza cuando ventas determina las necesidades de calidad por parte del cliente, y continúa hasta que el producto es usado por un cliente satisfecho durante algún tiempo.

La responsabilidad por la calidad se delega a las diversas áreas con autoridad para tomar decisiones sobre la calidad. Además, un método de rendición de cuentas, como costos, frecuencia de errores o unidades no conformes, se incluye en esa responsabilidad y autoridad.



FUENTE: Besterfield, D. (2009). *Control de Calidad*. (P. 6). México: Pearson Educación.

2.3 ESTÁNDARES INTERNACIONALES

2.3.1 Estándar.

2.3.1.1 Definición de estándar.

“Un estándar se puede considerar como un patrón o modelo que ha sido establecido por cierta autoridad, costumbre o consenso general¹²” (Fontalvo, T. & Vergara, J. 2010: pág. 11).

2.3.1.2 Propósito de los estándares.

Es un periplo que debe estar desarrollado mediante una serie de pasos ordenados, interdependientes y complementarios, que deben integrar de manera coordinada, los diferentes servicios, funciones y elementos clave en la atención al cliente interno y cliente externo.

La organización debe entonces tener definida una política que se ofrezcan productos y/o servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

La organización debe tener definida una política respecto a los derechos de los clientes, acorde con el direccionamiento estratégico, los cuales son difundidos y conocidos por todos en la organización; así mismo, todos los funcionarios deben conocer la trazabilidad del proceso de atención a los clientes.

Todas las áreas y procesos deben ser estandarizados por el dueño del proceso de área y su equipo de trabajo, para que de esa manera en autocontrol cada funcionario cumpla con los estándares, en desarrollo de su competencia.

Para la organización del Sistema de Control Interno y Sistema de Gestión de Calidad, se debe contratar un asesor metodológico, quien convoca a un recinto a los jefes de áreas, para facilitar y compartir la metodología para implantar y desarrollar el Sistema de Control Interno y de Gestión de Calidad en la compañía (la metodología debe explicarse en un proceso que no tenga relación con los procesos de la compañía, para

¹² Fontalvo, T. & Vergara, J. (2010). La Gestión de la Calidad en los Servicios ISO 9001:2008. Cartagena

evitar confusiones y debates innecesarios), los jefes de áreas y/o procesos, después deben compartir lo aprendido con su equipo de trabajo, para lograr el desarrollo necesario del sistema, en autocontrol.

En la reunión de trabajo con el asesor metodológico, cada jefe de área debe identificar el perfil del área que regenta, las cuales pueden clasificarse como misional o prioritarias y las áreas de apoyo.

2.3.2 Definición de ISO.

“ISO es una Organización Internacional de Estandarización conformada por los diferentes organismos de estandarización nacionales del mundo¹³” (Fontalvo, T. & Vergara, J. 2010: pág. 11).

2.3.2.1 Objetivo de ISO.

Promover y desarrollar normas internacionales para administrar procesos que mejoren la calidad y la productividad y facilitar el intercambio comercial de bienes y servicios

2.3.2.2 Historia de la ISO.

Esta Organización en 1989 publicó la primera serie de Norma ISO 9000, entre las que se destacaban la ISO 9001, la ISO 9002 y la ISO 9003, normas que permitían establecer los requisitos del Sistema de Aseguramiento de la Calidad en las Empresas.

Estas normas están sujetas a la revisión y mantenimiento quinquenal, con el fin de que puedan responder a las exigencias de los mercados actuales, lo cual, originó que en el año de 1994, se publicara la primera revisión de la familia de las Normas ISO 9000.

Posteriormente, en el año 2000, se hace una nueva revisión de la norma con cambios significativos, generándose a través de esta nueva revisión el cambio de la Norma de Aseguramiento de la Calidad versión 1994 por la norma que establece *la Gestión de la Calidad*. En el 2008 se presenta una nueva versión de la Norma ISO 9001 en donde se realizan una serie de enmiendas y aclaraciones de la norma anterior. Sin embargo, la esencia de la norma previa permanece vigente.

¹³ Fontalvo, T. & Vergara, J. (2010). La Gestión de la Calidad en los Servicios ISO 9001:2008. Cartagena.

2.3.2.3 Beneficios de la Norma Internacional ISO.

Dearing, J. (2007), en su artículo cuales son los beneficios de ISO 9001 plantea que implementar la norma en mención genera los siguientes beneficios:

- a) Proporciona disciplina la interior del sistema en donde se esté implementando.
- b) Contiene las bases de un buen sistema de gestión de la calidad, al facilitar unos requisitos de calidad para el cliente, así como también la capacidad para satisfacer a estos. Garantiza que tenemos talento humano, edificios, equipos, servicios capaces para cumplir con los requisitos de los clientes. Y nos permite identificar problemas para corregirlos y prevenirlos.
- c) También se constituye en un programa de marketing con impacto al nivel mundial, al constituirse en un referente internacional utilizado en más de 150 países.

2.3.3 Familia ISO 9000.

La familia ISO 9000 aborda diversos aspectos de la gestión de la calidad y contiene algunos de los mejores estándares conocidos de la ISO. Las normas proporcionan orientación y herramientas para empresas y organizaciones que quieren asegurarse de que sus productos y servicios cumplen consistentemente los requerimientos del cliente, y que la calidad se mejora constantemente.

Hay muchas normas de la familia ISO 9000, entre ellos:

- ISO 9001:2008.- establece los requisitos de un sistema de gestión de calidad.
- ISO 9000:2005.- cubre los conceptos y el lenguaje básicos.
- ISO 9004:2009.- se centra en cómo hacer un sistema de gestión de calidad más eficiente y eficaz.
- ISO 19011:2011.- establece orientaciones sobre las auditorías internas y externas de los sistemas de gestión de calidad.

La Norma ISO 9000 describe los fundamentos de los sistemas de gestión de calidad y contiene la terminología más utilizada en las normas de esta serie. De modo lamentable, es común que solo se estudie la Norma ISO 9001 por ser el modelo para la certificación, y se olviden las demás normas. Es importante resaltar que la Norma ISO

9000 es de gran utilidad para conocer las bases filosóficas de la serie ISO y conocer el significado de la terminología que se utiliza.

La norma se divide en dos partes. La primera describe los doce fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad. La segunda describe los términos y las definiciones de los sistemas de calidad. Estos se clasifican en diez secciones que se refieren a los términos relativos a la calidad, la gestión, la organización, el proceso y el producto, las características, la conformidad, la documentación, el examen, la auditoria, y el aseguramiento de la calidad para los procesos de medición.

2.3.3.1 Certificación a las Normas ISO del Sistema de Gestión.

Las organizaciones y empresas a menudo quieren obtener la certificación de las normas de sistemas de gestión de ISO (por ejemplo, ISO 9001 o ISO 14001), aunque la certificación no es un requisito. La mejor razón para querer aplicar esas normas es mejorar la eficiencia y eficacia de las operaciones de la empresa. Una empresa puede decidir buscar la certificación por muchas razones, como la certificación podrá:

- Ser un requisito contractual o reglamentario.
- Necesario para satisfacer las preferencias de los clientes.
- Comprendido en el contexto de un programa de gestión de riesgos y
- Ayudar a motivar al personal mediante el establecimiento de un objetivo claro para el desarrollo de su sistema de gestión.

ISO desarrolla normas internacionales, incluidas las normas de sistemas de gestión, tales como ISO 9001, ISO 14001 e ISO 31000. Sin embargo, no está involucrado en la certificación de cualquiera de las normas que elabore. La certificación se lleva a cabo por organismos de certificación externos, que son en gran parte privada. Por lo tanto, una empresa u organización no pueden ser certificadas por ISO. Cuando una empresa u organización están certificadas con una Norma ISO y a pesar de que el nombre de la Norma ISO aparece en el certificado, no es ISO quien la haya expedido. Aunque ISO no realiza la certificación, la Comisión de Evaluación de la Conformidad (CASCO) ha elaborado una serie de normas que se relacionan con el proceso de certificación. Los criterios voluntarios contenidos en estas publicaciones son un consenso internacional sobre las buenas prácticas relativas a la certificación. Las HOSPIESAJ S.A. y

organizaciones suelen operar sus actividades de certificación de conformidad con estas normas internacionales.

2.3.4 Sistema de Gestión de Calidad.

2.3.4.1 ¿Qué es un Sistema de Gestión de Calidad?

Es la forma como una organización realiza la gestión empresarial (la estructura organizacional, la documentación, los procesos y recursos) para alcanzar sus objetivos de calidad y dar confianza al cliente que se cumplen sus requisitos.

2.3.4.2 Finalidad de un Sistema de Gestión de Calidad.

- Garantizar la calidad del producto o servicio.
- Demostrar que los procesos se realizan de manera controlada.
- Tener un enfoque de mejora continua de procesos y servicios de la empresa.
- Diseñar estrategias para la competitividad y permanencia en el mercado.
- Permitir contar con indicadores (ya que es un enfoque basado en procesos) cuando se implementa y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de Calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Evaluar la capacidad de la empresa, para cumplir los requisitos del cliente y los reglamentos propios de la empresa.

2.3.5 Principios de la Gestión de Calidad¹⁴. (Nava, V. 2010: pág. 15)

Un principio de la gestión de calidad es una regla o idea fundamental y amplia para la dirección y operación de una organización que tienda al desarrollo de la mejora continua en el largo plazo mediante el enfoque hacia los clientes, pero que al mismo tiempo atienda las necesidades de todas las partes interesadas.

Los principios de calidad son los cimientos para lograr la calidad. Deben entenderse para crear el sistema, y considerar los aspectos que se describen en cada uno de ellos. Es importante señalar que, en gran medida, estos principios también pueden encontrarse en los modelos de los premios de calidad, con lo que se reafirma que los modelos de la ISO 9000 y de los premios de calidad tienen una base común.

¹⁴ Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México: Limusa.

Los principios se despliegan a través de los distintos elementos de la norma, en ocasiones existen dudas sobre si los principios son los elementos de la norma, lo cual es incorrecto, son los alimentadores del sistema, como ideas o reglas fundamentales. Los principios de calidad se describen a continuación.

2.3.5.1 Organización enfocada al cliente.

El cliente es la razón por la cual una organización existe. Sin los clientes que compran los productos, las operaciones de las organizaciones resultan inútiles, aun cuando se tengan los mejores empleados, las mejores técnicas y los mejores equipos, por lo que los esfuerzos deben dirigirse a lograr su satisfacción. Este concepto también es aplicable tanto a los clientes internos como a los externos. A continuación, se muestran ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9000:

- Enfoque al cliente.
- Procesos relacionados con el cliente.
- Determinación de requisitos relacionados con el producto.
- Revisión de los requisitos.
- Comunicación con el cliente.
- Los bienes del cliente.
- Medición de la satisfacción del cliente.

Por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumplan con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

2.3.5.2 Liderazgo.

La participación de los líderes es indispensable para establecer un sistema de calidad. Ellos son los responsables de crear un entorno que propicie que la organización proporcione productos de calidad y, a su vez, deben contribuir al crecimiento y mejoramiento de la misma. Este liderazgo debe ser participativo, es decir, no se considera sólo un líder único, sino que se establezca una cadena de liderazgo en la que

participen personas de todos los niveles de la organización. A continuación se muestran ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Compromiso de la dirección.
- Política de calidad.
- Objetivos de la calidad.
- Planificación del sistema de gestión de calidad.
- Responsabilidad y autoridad.
- Comunicación interna.
- Revisión de la dirección.
- Provisión de los recursos.

Es decir, que liderazgo es desarrollar una conciencia hacia la calidad e implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual el talento humano que ejercen funciones dentro de la organización puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

2.3.5.3 Participación del personal.

El involucramiento del personal es indispensable para el logro de los objetivos de calidad, y deben participar desde el director de la organización hasta el último de los empleados, sin importar su actividad específica. En algunos lugares se piensa que algunas actividades dentro de la organización quedan fuera del sistema de calidad, lo cual es por completo falso; en un sistema de calidad nadie puede "escondarse", cada quien tiene su contribución y debe propiciarse su participación en el mejoramiento de la organización. Enseguida, se ilustran ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Comunicación interna.
- Talento humano.
- Infraestructura.
- Ambiente de trabajo.

Se refiere al compromiso del talento humano que ejercen sus funciones, en todos los niveles, que permite el logro de los objetivos de la entidad.

2.3.5.4 Enfoque con base en los procesos.

La mejor manera de producir los resultados deseados es plantear las actividades como un proceso. A continuación se muestran ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Requisitos generales del sistema de calidad.
- Planificación del producto.

En las entidades existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

2.3.5.5 Enfoque del sistema para la gestión.

La organización es un conjunto de procesos que se relacionan como un sistema constituido por actividades, personal y recursos que deben administrarse como un solo proceso con el objetivo fundamental de la mejora continua de la organización y la satisfacción del cliente. Enseguida se muestran ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Requisitos generales del sistema de calidad.
- Manual de la calidad.
- Planificación del sistema de gestión de calidad.

El hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.

2.3.5.6 Mejora continua.

La mejora continua permite sobrevivir en el mercado. Algunas veces se piensa que se llega a un estatus que no permite mejorar, en un mundo cambiante asumir que se llegó a

la cima es quedarse obsoleto todos los días. En general, las cosas nunca permanecen igual, o mejoran o empeoran. La mejora continua se produce al comparar el desempeño de la organización a través del tiempo con el de los competidores. En sentido estricto, la comparación de la evolución tenida a través del tiempo proporciona una valiosa ayuda y constituye la piedra angular de la mejora; es tan fácil como, “compárate contigo mismo e intenta mejorar”. A continuación, se proporcionan ejemplos, del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Generalidades de medición, análisis y mejora.
- Satisfacción del cliente.
- Auditorías internas.
- Acciones controladas y la mejora continua.
- Acciones correctivas.
- Acciones preventivas.

Siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

2.3.5.7 Enfoque que se basa en hechos para la toma de decisión.

La toma de decisiones se basa en un análisis de los datos y la información disponibles; no deben basarse en estados de ánimo. Es común que existan datos e información disponibles, pero éstos no se analizan en forma adecuada en la toma de decisiones. A continuación se presenta, ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Análisis de datos.

En todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

2.3.5.8 Relaciones reciprocas beneficiosas con el proveedor.

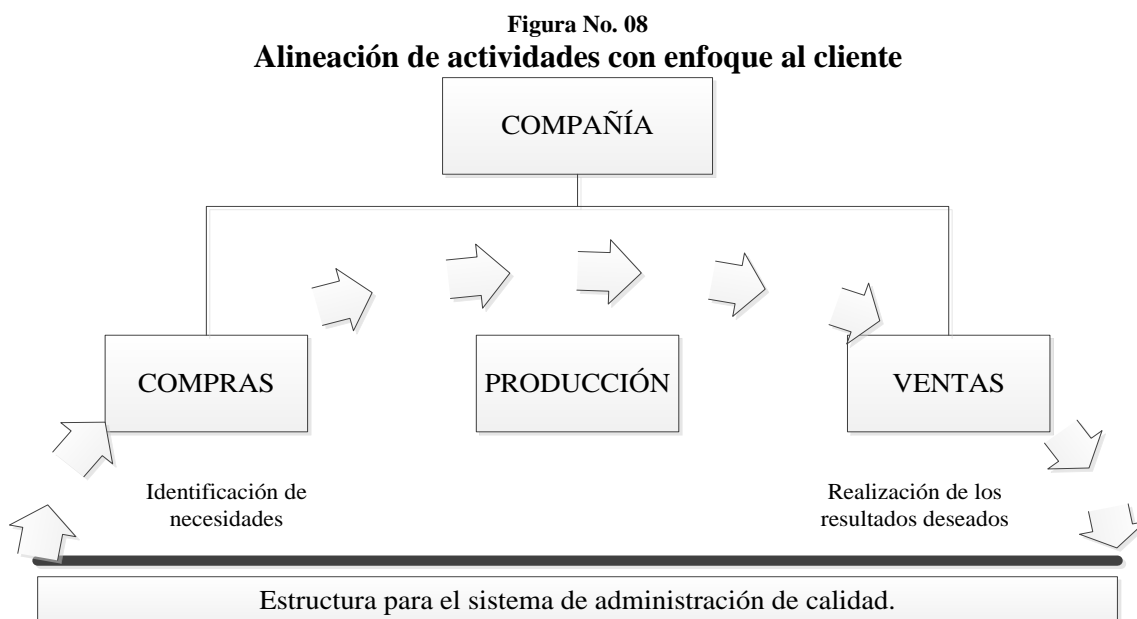
Las organizaciones tienen proveedores y éstos mantienen una íntima relación con el éxito de la organización, deben tratarse como socios y reconocer que la relación sea benéfica para ambos. Este concepto también se aplica tanto a proveedores internos como a externos. A continuación se muestra ejemplos del despliegue de este principio a través de los distintos elementos de la Norma ISO 9001:

- Compras
- Procesos de compras.
- Información de compras.
- Verificación de los productos comprados.

Las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.3.6 Un modelo de procesos ¿Por qué?

El propósito de realizar un modelo de procesos es alinear las actividades de la organización en una sola dirección, de tal manera que todas se orienten a la satisfacción del cliente y evitar la formación de nichos de poder que impidan su desarrollo. Este direccionamiento se basa en la estructura del sistema de calidad.



FUENTE: Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. (P. 30). México: Limusa S.A.

El enfoque del proceso asegura que las actividades se visualizan al iniciar con la identificación de las necesidades de los clientes hasta llegar a la realización de los resultados deseados a través de la organización, con independencia del organigrama.

Es común que se establezcan actividades en las organizaciones que no se orienten en forma necesaria al cliente, en algunos casos, sólo se orientan a cumplir las necesidades de sus superiores, por lo que es indispensable reorganizar las actividades para dirigir las al cliente sin que esto implique cambio del organigrama, sino eliminación de autorizaciones innecesarias, pasos que no agregan valor hasta que se tenga un proceso que funcione con eficacia.

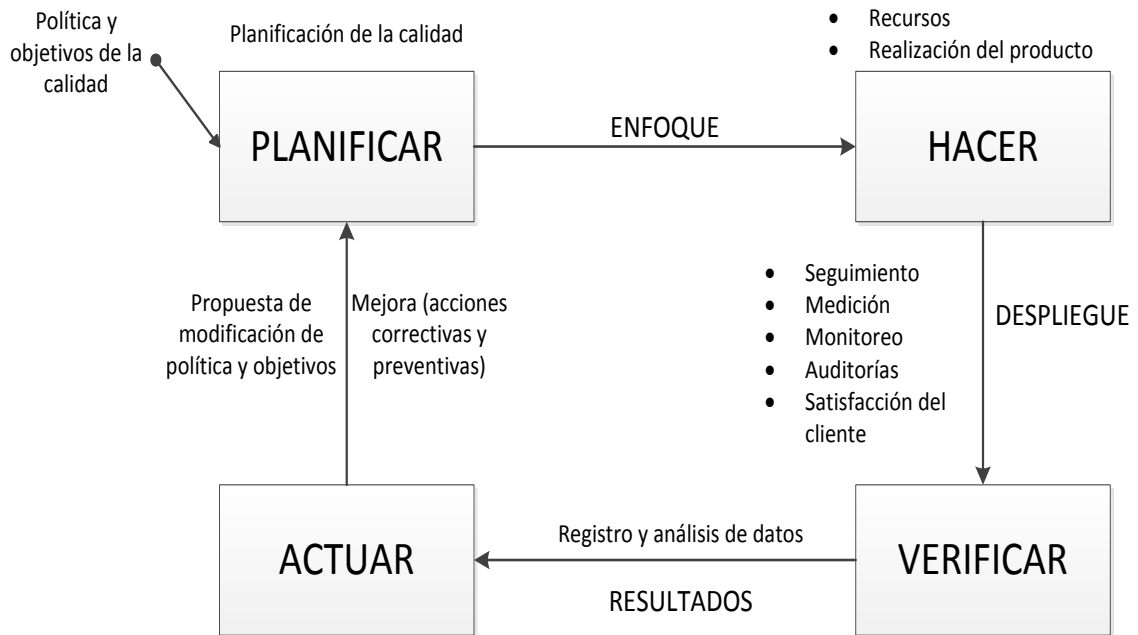
2.3.7 El ciclo PHVA.

El ciclo de calidad, desarrollado de modo original por Deming, ha tenido amplia aplicación en la calidad, y ahora se utiliza en la familia ISO 9000 de manera más explícita. Para tener un acercamiento al nuevo enfoque del proceso y la representación del modelo de calidad, se presenta un análisis del proceso de calidad y su relación con el ciclo de calidad, que se representa en forma gráfica como antecedente para entender la conformación del modelo de calidad.

Como se ha visto, la planificación incluye la determinación de objetivos y se desarrolla el enfoque de procesos (PLANEAR) para luego realizar el producto, con los recursos necesarios (HACER), se efectúa el despliegue a través de la medición de los diferentes factores del proceso (VERIFICAR), se registra y analizan los datos, se practican acciones correctivas y preventivas, se concreta la revisión de la dirección, y se actúa con la proposición de mejoras a la política y objetivos de calidad (ACTUAR).

Cada vez que se completa un ciclo se ha logrado un nivel mayor de conocimientos. Constituye una metodología dinámica que se puede aplicar dentro de cada uno de los procesos de la organización y a través de sus interacciones. Se puede lograr mantener y mejorar el desempeño de los procesos aplicando el concepto del ciclo PHVA a todos los niveles de la organización. Esto aplica por igual a todos los procesos, desde los procesos estratégicos de alto nivel a las actividades de operación simple.

Figura No. 09
Ciclo PHVA



FUENTE: Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. (P. 32). México: Limusa S.A.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La investigación se aplica al Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., que se dedica a la prestación de servicios de la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud a todos quienes acuden a sus dependencias en demanda de atención médica.

HOSPIESAJ S.A., presta servicios de salud en lo que respecta a consulta externa, hospitalización, emergencias, tratamiento quirúrgico y clínico, servicio de laboratorio clínico, farmacia, nutrición y dietética, atención odontológica, servicio de enfermería, cuidados intensivos, Imagenología, ultrasonido, fisioterapia, planificación familiar, hospimedic: tarjeta de medicina prepagada, hospimóvil: emergencia médica móvil, hospicardio: servicio de Cardiología y Neumología, Eco cardiología, Laparoscopía Operatoria, fisioterapia y rehabilitación y convenios institucionales.

3.2 IDEA A DEFENDER

Con el diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Especialidades de San Juan HOSPIESAJ S.A., permitirá trabajar por procesos en cada área de trabajo, su gestión será de calidad por lo cual a un futuro se lo podría considerar a nivel nacional, por la mejora que ofrecería en la prestación de servicios y se elevará los niveles de satisfacción de los clientes.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Tipos de estudios de investigación.

La investigación de esta tesis es exploratoria, porque se recoge e identifica antecedentes generales, temas y tópicos del problema investigado.

3.3.2 Diseño de la investigación.

Cuadro No. 01
Diseño de la investigación

PARAMETROS PRINCIPALES	PARAMETROS SECUNDARIOS	TIPO DE INVESTIGACION	HERRAMIENTA O INSTRUMENTO	PREGUNTAS
	ADMINISTRATIVO			
Planificación	Plan	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Qué tipo de plan aplican? (Estratégica, Táctica o funcional; Operativa)
Organización	Organizar	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿HOSPIESAJ S.A. tiene estructurado organigramas y manuales para su funcionamiento?
Dirección	Dirigir	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿El liderazgo en HOSPIESAJ S.A. consta de autoridad, delegación y supervisión?
Control	Controlar	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Se establecen estándares para evaluar los resultados obtenidos de la planeación?
	ECONÓMICO			
Financiero	Contabilidad	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Manejan herramientas contables previstas por la normativa vigente?
	Presupuesto	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Los presupuestos contribuyen a la estrategia central de HOSPIESAJ S.A.?
	Estados Financieros	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Los estados financieros son elaborados de acuerdo a las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)?

	TECNOLÓGICO			
Equipos	Equipos Médicos	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿Existe una correcta calibración de los equipos médicos de HOSPIESAJ S.A.?
	Hardware – Software	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿El software y hardware utilizado es el adecuado para HOSPIESAJ S.A.?
	PRESTACION DEL SERVICIO			
Talento Humano	Grado de educación	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿El talento humano de HOSPIESAJ S.A., es eficiente y eficaz?
	Atención al cliente	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿En qué medida considera usted el grado de satisfacción en el servicio prestado por los especialistas de HOSPIESAJ S.A.? (Alta, medio, bajo)
	Capacitación al Talento Humano	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿Se han impartido cursos de capacitaciones relevantes e importantes en sus áreas de trabajo?
	CALIDAD			
Sistema de Gestión de Calidad	Requisitos Generales del Sistema de Calidad	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿Se han documentado los procedimientos necesarios para asegurar el control, funcionamiento y planificación efectivos de los procesos?
	Requisitos de la documentación	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿Dispone de un procedimiento para el control de documentos?

Responsabilidad de la dirección	Compromiso de la dirección	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿La alta dirección comunica al personal la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales y reglamentarios?
	Enfoque al Cliente	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿Cómo se asegura la alta dirección de que los requisitos del cliente se cumplieron y éste queda satisfecho? (Buzón de quejas: excelente, bueno, pésimo)
	Política de Calidad	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿La política de calidad se comunicó dentro de HOSPIESAJ S.A.?
Gestión de los Recursos	Provisión de los Recursos	Descriptiva – Explicativa	Entrevista - Observación	¿HOSPIESAJ S.A. está en capacidad de determinar y proporcionar los recursos necesarios para implantar y mantener el sistema de gestión de calidad?
Prestación del Servicio	Planificación de la prestación del servicio	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Se tienen establecidos los criterios de aceptación del servicio?
	Procesos relacionados con el cliente	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Cómo se determinan los requisitos no especificados por el cliente que son necesarios para la utilización prevista o especificada? (FODA, Buzón de quejas)
	Compras	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Se ha definido el tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido de acuerdo con el impacto que tiene lo adquirido en la prestación de servicio?
	Producción y prestación del servicio	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Las condiciones a controlar para prestar el servicio incluyen la utilización del equipo médico apropiado?
Medición ,Análisis y Mejora	Generalidades	Descriptiva – Explicativa	Entrevista – Observación	¿Existen procesos de medición, análisis y mejora?

FUENTE: Gerencia General de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población.

La población de Talento Humano en el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., es la siguiente:

$$N = 41$$

La población de clientes de diciembre de 2013 en el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., fue la siguiente:

$$N = 1174$$

3.4.2 Muestra.

La muestra de clientes de HOSPIESAJ S.A., fue de:

$$n = \frac{N * \sigma^2 * Z^2}{(N - 1) * e^2 + \sigma^2 * Z^2}$$

En donde:

N =	1174
Z =	1,96
σ =	0,5
e =	0,05

$$n = \frac{1174 * 0,5^2 * 1,96^2}{(1174 - 1) * 0,05^2 + 0,5^2 * 1,96^2}$$

$$n = 290$$

3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Esta investigación se efectúa a través de la encuesta.

CAPITULO IV

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 METODOLOGÍA, GUÍA Y/O PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN O DE PROPUESTA

4.1.1 Análisis y tabulación de datos.

4.1.1.1 Administrativo.

4.1.1.1.1 Planificación.

1. ¿Qué tipo de Plan aplican?

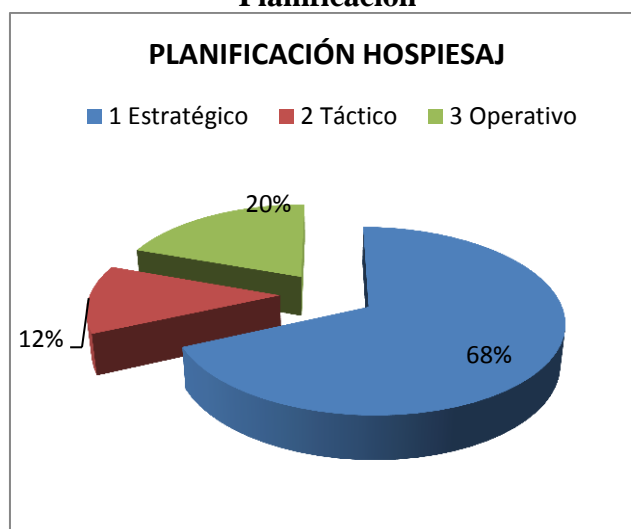
Cuadro No. 02
Planificación

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Estratégico	28	68%
2	Táctico	5	12%
3	Operativo	8	20%
	TOTAL	41	100%

FUENTE: Gerencia General de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 10
Planificación



FUENTE: Gerencia General de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: La planificación que se aplica en el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., ya que así lo establece el 68% del talento humano encuestado, indica que posee una planificación estratégica, la misma que hace referencia a que abarca a toda la organización en conjunto y se la realiza a largo plazo en un lapso de 4 a 5 años, mientras que el 12% indica que existe una planificación táctica y el 20% menciona que es una planificación operativa. La nueva Gerencia está implementando la documentación que servirá como base para ejecutar la planificación estratégica. (ver anexo 1).

Dentro de los aspectos filosóficos que tiene HOSPIESAJ S.A. están los siguientes:

a) Misión

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., ofrece servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, para las Provincias del Centro del País en base a una atención profesional, personalizada, brindada con calidez y eficiencia y que contribuya al desarrollo de la sociedad. Además, nuestra Institución tiene como fin el desarrollo integral de sus colaboradores médicos, socios y todo el personal que labora en la institución.

b) Visión

Convertir a HOSPIESAJ S.A. en uno de los mejores Hospitales Privados del País estructurando servicios de salud con tecnología de cuarto nivel y atención de Excelente calidad, para atraer pacientes tanto del Ecuador como del exterior a recibir atención médica de alta tecnología.

c) Valores

Los valores con los que la organización de HOSPIESAJ S.A., desempeña sus actividades son:

- Solidaridad.- todos se preocupan por brindar apoyo a nuestros clientes en momentos sensibles, pues ellos son la razón de ser de HOSPIESAJ S.A.
- Honestidad.- se actúa siempre con rectitud y veracidad, cumpliendo con el correcto proceder en el desarrollo de los diferentes cargos, así como en todos sus actos.

- **Disciplina.-** el equipo de HOSPIESAJ S.A., trabaja bajo responsabilidad en desarrollar y mantener reglamentos de trabajo efectivos así como crear y promover relaciones de trabajo armónicas con el talento humano.
- **Lealtad.-** cumplir con las leyes de la fidelidad, del honor y del buen comportamiento moral.
- **Crecimiento permanente.-** mantenerse siempre en continuo cambio para estar a la vanguardia de los requerimientos de los clientes y así crecer como HOSPIESAJ S.A.
- **Calidad de servicios.-** se caracteriza por el altísimo nivel de calidad de los servicios que se entregan a los clientes que contratan los servicios con el apoyo del talento humano en todos los niveles y áreas.

d) Objetivos

Lograr que el Hospital Privado de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., mejore en forma continua la calidad de atención médica con un incremento de pacientes hospitalizados, de consulta externa y de servicios complementarios, bajo un esquema permanente de investigación científica y docencia universitaria, con incremento de tecnología médica, ampliación de su infraestructura física, armonizando las relaciones laborales mediante el fortalecimiento de una estructura organizacional y una Gerencia altamente descentralizada.

- Incrementar la cobertura de atención médica que ofrece HOSPIESAJ S.A., en las provincias de Chimborazo, Bolivar, Tunhurahua y Pastaza.
- Establecer un proceso de investigación científica y docencia universitaria.
- Elevar la capacidad tecnológica en la atención médica.
- Fortalecer una cultura organizacional, poniendo énfasis en la solidaridad de Médicos y Empleados hacia los pacientes.
- Establecer un rédito adecuado para los inversionistas.

4.1.1.1.2 Organización.

2. ¿HOSPIESAJ S.A. tiene estructurado organigramas y manuales para su funcionamiento?

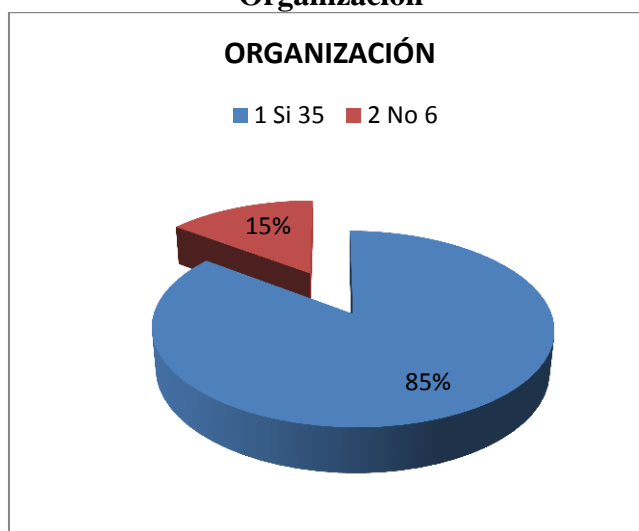
Cuadro No. 03
Organización

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	35	85%
2	No	6	15%
TOTAL		41	100%

FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 11
Organización

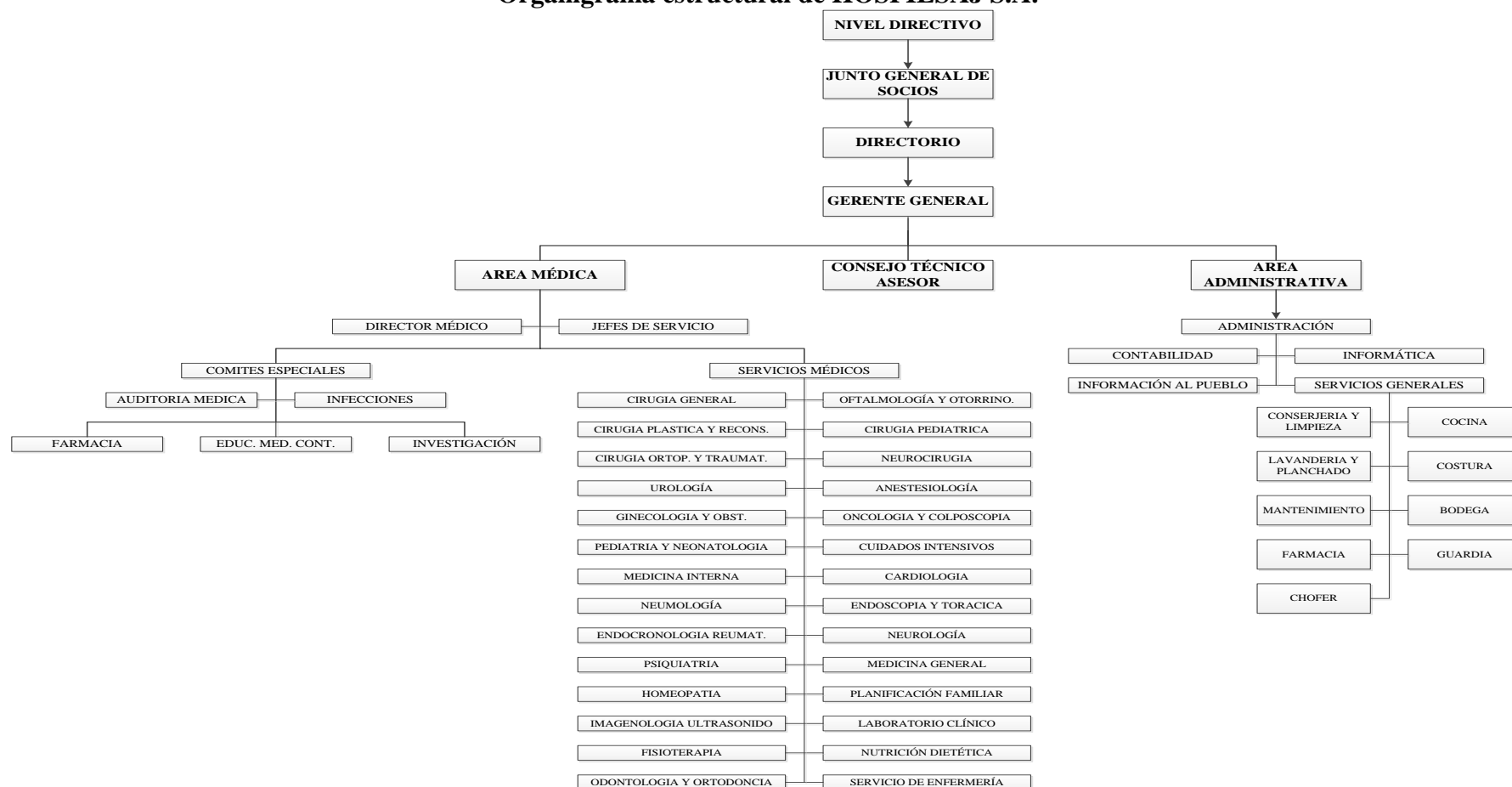


FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: En HOSPIESAJ S.A., según el 85% de talento humano entrevistado si posee estructurado organigramas y manuales para su correcto funcionamiento, lo cual ayuda a que la organización como tal trabaje eficazmente, ya que el talento humano que labora conoce las funciones que debe realizar, esto consta en el Reglamento Interno que poseen donde se indica las obligaciones y deberes que deben tener en cada puesto de trabajo (Ver anexo 1). Lo mismo que se evidenció con el organigrama estructural que fue entregado por HOSPIESAJ S.A., mientras que el 15% indica que si conocen al organigrama pero no ha tenido acceso al Reglamento Interno, para ver las funciones que deben realizar ya que solo se las han indicado de manera verbal.

Figura No. 12
Organigrama estructural de HOSPIESAJ S.A.



FUENTE: Arias, E. & Vidal, F. (2010). *Implementación de una Unidad para el Control de Bienes en el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.* ESPOCH. Riobamba, Biblioteca de la FADE.

4.1.1.1.3 Dirección.

3. ¿El liderazgo en HOSPIESAJ S.A. consta de autoridad, delegación y supervisión?

Cuadro No. 04
Dirección

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	39	95%
2	No	2	5%
TOTAL		41	100%

FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 13
Dirección



FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: El liderazgo en HOSPIESAJ S.A. según el 95% del talento humano entrevistado, si consta de autoridad, delegación y supervisión, mientras que el 5% expresó una falta de autoridad en cuanto al liderazgo.

Actualmente se motiva al talento humano en reuniones semanales donde se habla de las actividades que han ejecutado durante la semana y se está tomando el esquema inverso de diálogo y solución de posibles problemas, es decir, las soluciones las propone el talento humano, el mismo que a su vez se siente inmerso con el objetivo principal de

HOSPIESAJ S.A., y saben que son parte estratégica para su correcto funcionamiento (Ver anexo 1).

4.1.1.1.4 Control.

4. ¿Se establecen estándares para evaluar los resultados obtenidos de la planeación?

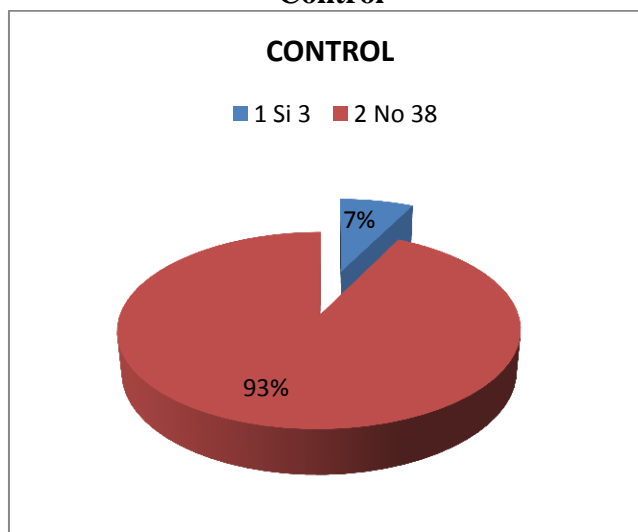
Cuadro No. 05
Control

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	3	7%
2	No	38	93%
TOTAL		41	100%

FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 14
Control



FUENTE: Área Administrativa de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: El 93% del talento humano entrevistado, indican que no se evalúan periódicamente los resultados obtenidos de la planeación, para el correcto funcionamiento de HOSPIESAJ S.A., mientras que el 7% dice que si se tiene establecido estándares de evaluación, pero no se tiene documentado ninguna acción.

Debido a la inexistencia de una planificación anual, se pudo determinar que es muy difícil efectuar un control adecuado, ya que las metas que se plantean se las hacen de manera verbal en las reuniones con los representantes de la junta general de socios y directorio, motivo por el cual no se puede cuantificar el grado de cumplimiento de las mismas. Entonces, se puede determinar que por el momento HOSPIESAJ S.A., no cuenta con un plan de trabajo, todo lo que realizan lo hacen de manera esporádica, la única persona que les guía es el Gerente General, él mismo que posee una agenda estratégica de emergencia, la misma que sólo tiene información relevante, por lo que la nueva administración está trabajando con el talento humano necesario para en un futuro cercano tener ya elaborado un plan de trabajo (Ver anexo 1).

4.1.1.2 Económico.

5. ¿Manejan herramientas contables previstas por la normativa vigente?

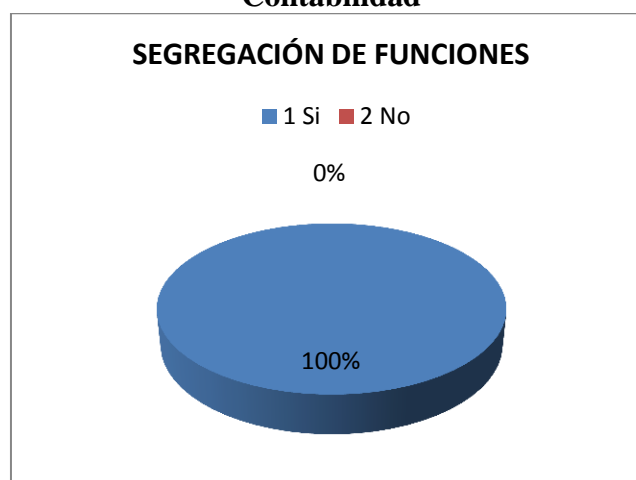
Cuadro No. 06
Contabilidad

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	5	100%
2	No	0	0%
	TOTAL	5	100%

FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 15
Contabilidad



FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: El 100% del talento humano entrevistado, declararon que si se tienen herramientas contables ya que cuentan con un sistema de contabilidad que se encuentra diseñado estrictamente para sus necesidades y cumplen con las nuevas exigencias legales para hacer una contabilidad (Ver anexo 2).

6. ¿Los presupuestos contribuyen a la estrategia central de HOSPIESAJ S.A.?

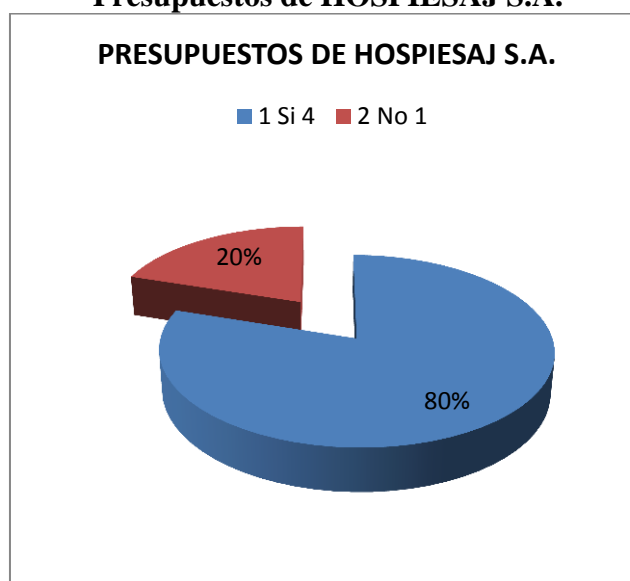
Cuadro No. 07
Presupuestos de HOSPIESAJ S.A.

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	4	80%
2	No	1	20%
	TOTAL	5	100%

FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 16
Presupuestos de HOSPIESAJ S.A.



FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Del talento humano responsable de la elaboración y ejecución de los presupuestos, el 80% indicó que los presupuestos contribuyen a la ejecución de la estrategia central de HOSPIESAJ S.A., ya que han sido elaborados conforme a bases de años anteriores analizando ingresos y gastos, mientras que el 20% menciono que el presupuesto sufre muchos cambios durante el año de su ejecución (Ver anexo 2).

7. ¿Los estados financieros son elaborados de acuerdo a las NIIF's?

Cuadro No. 08
Estados Financieros

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	5	100%
2	No	0	0%
	TOTAL	5	100%

FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 17
Estados Financieros



FUENTE: Área Financiera de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Según la encuesta realizada, todo el talento humano relacionado con la elaboración de los Estados Financieros, el 100% declararon que éstos se realizan de acuerdo a las NIIF's e incluso en la actualidad el contador está capacitado en este tema y orienta eficazmente a sus colaboradores, además cabe indicar que este es un requerimiento legal vigente para las sociedades (Ver anexo 2)

A continuación se indica los ratios financieros en base a los Estados Financieros (Ver anexo 3).

Cuadro No. 09

Ratios de liquidez de HOSPIESAJ S.A.**RAZONES O RATIOS DE LIQUIDEZ (En dólares americanos)****1. Razón Corriente**

<u>Activo Corriente</u>	74.503,47	=	3,83
Pasivo Corriente	19.475,28		

Análisis: Indica que HOSPIESAJ S.A. tiene 3,83 dólares para cubrir cada dólar de deuda. Por lo que decimos que se encuentra solventes.

2. Capital de Trabajo

Activo Corriente - Pasivo Corriente	74.503,47 - 19.475,28	=	55.028,19
-------------------------------------	-----------------------	---	-----------

Análisis: Indica que las obligaciones pendientes de HOSPIESAJ S.A. son menores a sus disponibilidades, por lo que se encuentra con una situación financiera saludable.

3. Prueba ácida

<u>Activo Corriente – Inventarios</u>	31.779,91	=	1,63
Pasivo Corriente	19.475,28		

Análisis: Indica que para cumplir con las obligaciones pendientes tenemos los activos circulantes suficientes.

FUENTE: Departamento de Contabilidad de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Cuadro No. 10

Ratios de apalancamiento de HOSPIESAJ S.A.**RAZONES O RATIOS DE APALANCAMIENTO (En dólares americanos)****1. Apalancamiento Total**

<u>Pasivo Total</u>	496.201,08	=	0,57
Patrimonio	877.806,04		

Análisis: Indica que el endeudamiento total es de 0,57 veces por lo que el patrimonio que posee HOSPIESAJ S.A. puede cubrir con las obligaciones pendientes.

2. Apalancamiento Corto Plazo

<u>Pasivo Corriente</u>	19.475,28	=	0,02
Patrimonio	877.806,04		

Análisis: Indica que el endeudamiento a corto plazo corresponde a 0,02 veces del patrimonio que posee HOSPIESAJ S.A. por lo que no existe peligro de quedar insolvente.

4. Concentración de Endeudamiento C. Plazo

$$\frac{\text{Pasivo Corriente}}{\text{Pasivo Total}} \times 100 = \frac{19.475,28}{496.201,08} = 3,92$$

Análisis: Indica que el endeudamiento a Corto Plazo corresponde 3,92% del endeudamiento total que posee HOSPIESAJ S.A.

5. Nivel de Endeudamiento

$$\frac{\text{Total Pasivo}}{\text{Total Activo}} \times 100 = \frac{496.201,08}{1.374.007,12} = 36,11$$

Análisis: Indica que el nivel de endeudamiento corresponde al 36,11% del total de los activos que posee HOSPIESAJ S.A. por lo que se considera que el endeudamiento es responsable.

FUENTE: Departamento de Contabilidad de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Cuadro No. 11

Ratios de rentabilidad de HOSPIESAJ S.A.

RAZONES O RATIOS DE RENTABILIDAD (En dólares americanos)

1. Margen Bruto de Utilidad

$$\frac{\text{Utilidad Bruta}}{\text{Ventas Netas}} \times 100 = \frac{705.236,53}{818.480,37} = 86,16$$

Análisis: Indica que la ganancia bruta corresponde al 86,16% por lo que el margen de rentabilidad es bastante alto.

2. Rendimiento de Patrimonio

$$\frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Patrimonio}} \times 100 = \frac{12.741,76}{877.806,04} = 1,45$$

Análisis: Indica que la rentabilidad obtenida corresponde al 1,45% del patrimonio que posee HOSPIESAJ S.A. y esto nos indica que no tienen un margen de utilidad beneficioso.

3. Margen Operacional

$$\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Ingresos Operacionales}} \times 100 = \frac{14.589,23}{818.480,37} = 1,78$$

Análisis: Indica que la ganancia operacional obtenida corresponde al 1,78% de los ingresos operacionales que recibió HOSPIESAJ S.A.

4. Margen Neto

<u>Utilidad Neta</u>	12.741,76	=	0,02
Ingresos Operacionales	818.480,37		

Análisis: Este resultado indica que HOSPIESAJ S.A. genera 0,02 centavos de utilidades por cada dólar de ventas.

FUENTE: Departamento de Contabilidad de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Cuadro No. 12

Ratios de actividad de HOSPIESAJ S.A.

RAZONES O RATIOS DE ACTIVIDAD (En dólares americanos)

1. Rotación de Activos Fijos

<u>Ingresos Operacionales</u>	818.480,37	=	2,12
Propiedad, Planta y Equipo	386.179,35		

Análisis: Indica que los activos de HOSPIESAJ S.A. tienen una rotación de cada 2,12 meses.

2. Rotación del Capital de Trabajo

<u>Ingresos Operacionales</u>	818.480,37	=	14,87
Capital de Trabajo	55.028,19		

Análisis: Indica que la rotación de capital de trabajo es de cada 14,87 días.

3. Periodo de Cobro Promedio

<u>Clientes * 365</u>	3.990.180,00	=	4,88
Ingresos Operacionales	818.480,37		

Análisis: Indica que el periodo de cobro promedio es de cada 4,88 días para la recuperación de cartera HOSPIESAJ S.A.

FUENTE: Departamento de Contabilidad de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.1.1.3 Tecnológico.

8. ¿Existe una correcta calibración de los equipos médicos de HOSPIESAJ S.A.?

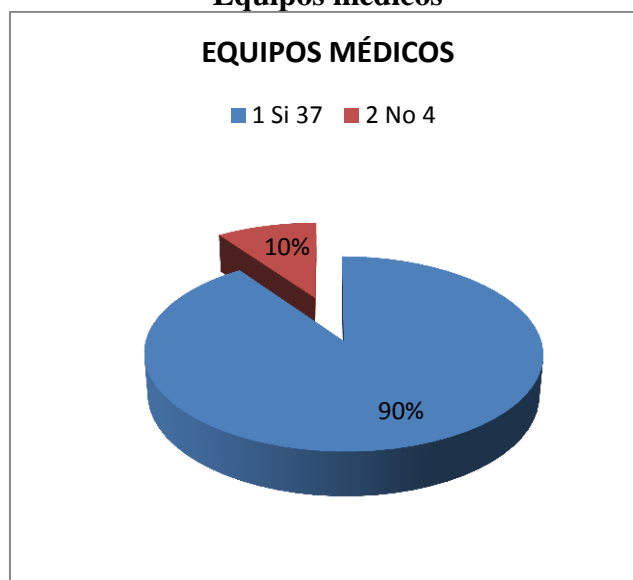
Cuadro No. 13
Equipos médicos

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	37	90%
2	No	4	10%
	TOTAL	41	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 18
Equipos médicos



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a la encuesta efectuada (Ver anexo 4), el 90% del talento humano encuestado respondieron que los mismos se encuentran calibrados de acuerdo a la normativa vigente y estándares correspondientes, mientras que el 10% informo que ha veces existe una calibración inadecuada, debido a la falta de capacitaciones continuas en el talento humano encargado de los equipos médicos. Esto se pudo evidenciar a través del inventario del equipo médico del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. con el que se trabaja cotidianamente (Ver anexo 5).

9. ¿El software y hardware utilizado es el adecuado para HOSPIESAJ S.A.?

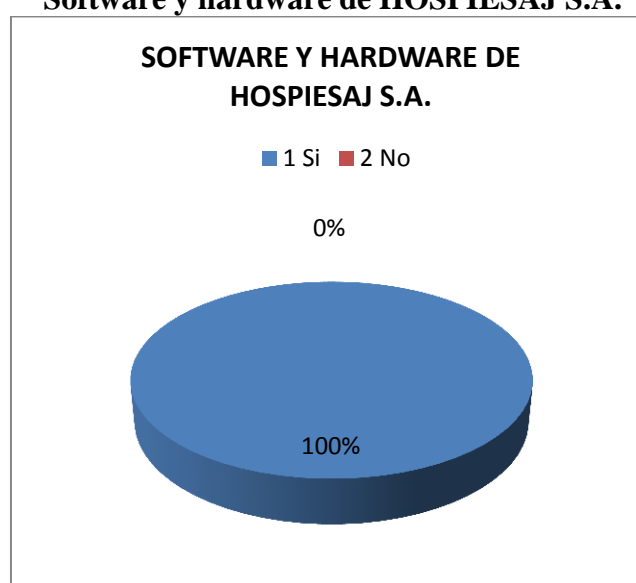
Cuadro No. 14
Software y hardware de HOSPIESAJ S.A.

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	41	100%
2	No	0	0%
	TOTAL	41	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 19
Software y hardware de HOSPIESAJ S.A.



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Según el 100% del talento humano encuestado, declararon que el sistema informático que se encuentra vigente es el idóneo para el área de trabajo ya que les ha permitido obtener reportes eficientes para tomar decisiones correctas y oportunas, la misma que permite brindar un servicio de calidad a los clientes, con los equipos y materiales necesarios (Ver anexo 4).

4.1.1.4 Prestación del Servicio.

10. ¿El talento humano de HOSPIESAJ S.A., es eficiente y eficaz?

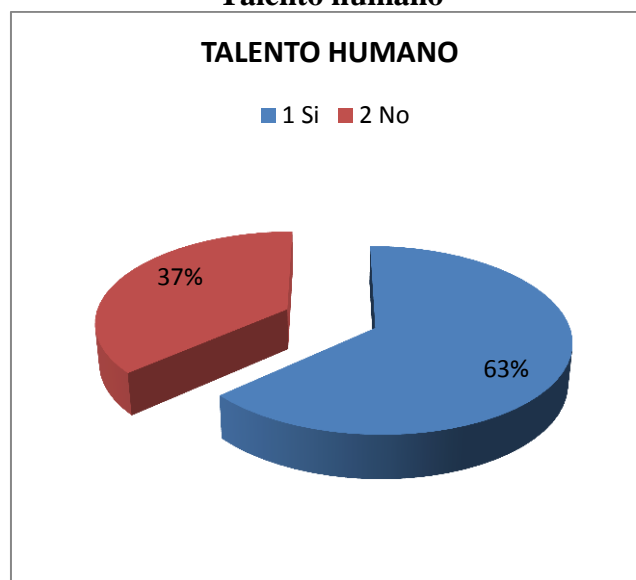
Cuadro No. 15
Talento humano

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	184	63%
2	No	106	37%
	TOTAL	290	100%

FUENTE: Clientes de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 20
Talento humano



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a las encuestas efectuadas a los clientes de HOSPIESAJ S.A., el 63% de los clientes encuestados, respondieron que en cuanto a la selección del talento humano es eficiente y eficaz, pues se lo realiza bajo un perfil profesional de acuerdo a la necesidad en cada puesto de trabajo. Además indican que los médicos especialistas de consulta externa han demostrado capacidad, experiencia y conocimientos idóneos al ejecutar sus labores, pero el 37% de los clientes indican que no son eficientes y eficaces debido a que la atención en emergencias es atendida por practicantes sin la presencia de un médico titulado y en ocasiones por la gravedad de la emergencia es de vital importancia su presencia (Ver anexo 6).

El talento humano con el que cuenta HOSPIESAJ S.A., son en las siguientes áreas:

Cuadro No. 16
Especialidades médicas

Medicina General
Emergencias
Urología
Ginecología y Obstetricia
Pediatría y Neonatología
Neumología
Oftalmología y Otorrinolaringología
Cardiología
Odontología y Ortodoncia
Psiquiatría
Homeopatía
Nutricionista Alimenticia

FUENTE: Administración de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Los cuales atienden previa cita médica con el horario de 8:00 a 12:00 y de 15:00 a 19:00, a excepción los médicos de medicina general para hospitalización y emergencias, donde debemos indicar que en el área de éste último es atendido por un practicante que tiene los conocimientos y que ha sido entrenado para hacerse cargo de éste sitio y que atenderán a jornada completa turnándose respectivamente. Además cuentan con servicios de apoyo tales como:

Cuadro No. 17
Servicios de apoyo

Farmacia
Imagenología y Ultrasonido
Fisioterapia
Servicio de Enfermería
Laboratorio clínico
Hospitalización
Servicio de Ambulancia

FUENTE: Administración de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

11. ¿En qué medida considera usted el grado de satisfacción en el servicio prestado por los HOSPIESAJ S.A.?

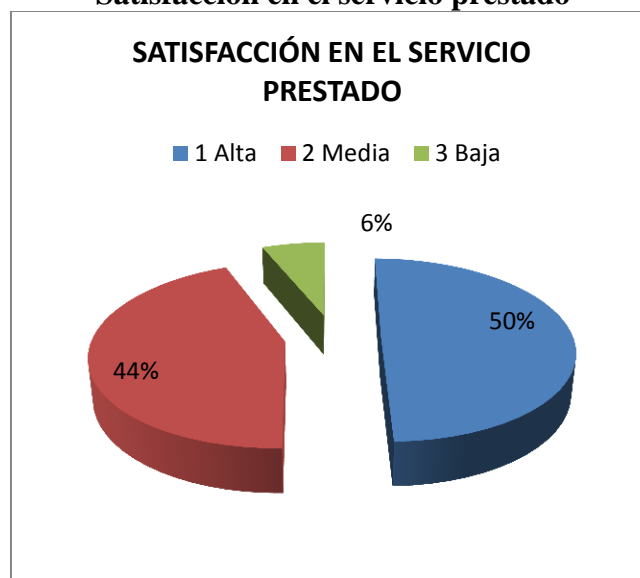
Cuadro No. 18
Satisfacción en el servicio prestado

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Alta	144	50%
2	Media	128	44%
3	Baja	18	6%
	TOTAL	290	100%

FUENTE: Clientes de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 21
Satisfacción en el servicio prestado



FUENTE: Clientes de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Al realizar las encuestas a los clientes de HOSPIESAJ S.A. (Ver anexo 6), se apreció que existe una conformidad por parte de los clientes, pues el 50% de los mismos consideran que el servicio recibido es oportuno, eficiente y eficaz, el 44% lo considera en grado medio, mientras que apenas el 6% lo califica con bajo y por ende ineficiente. Además cabe mencionar que el médico general es llamado al momento que los necesitan según corresponda el caso, es decir, cuando el practicante no este en capacidad de hacerse cargo del paciente.

12. ¿Se han impartido cursos de capacitaciones relevantes e importantes en sus áreas de trabajo?

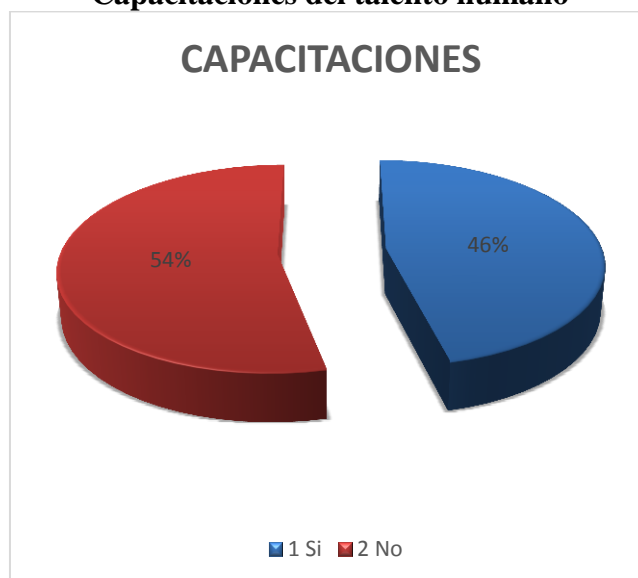
Cuadro No. 19
Capacitaciones del talento humano

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	19	46%
2	No	22	54%
	TOTAL	41	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 22
Capacitaciones del talento humano



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Al realizar las encuestas (Ver anexo 7), se pudo evidenciar que las capacitaciones solo se realiza a ciertas áreas específicas, por eso el 54% del talento humano indicó que si se los capacita en este grupo se encuentra la mayoría del talento humano que está en contacto con el cliente poniendo énfasis en la capacitación de enfermeras y practicantes, mientras que el 46% mencionó que no han recibido capacitaciones de acuerdo a su área.

4.1.1.5 Calidad.

13. ¿Se han documentado los procedimientos necesarios para asegurar el control, funcionamiento y planificación efectivos de los procesos?

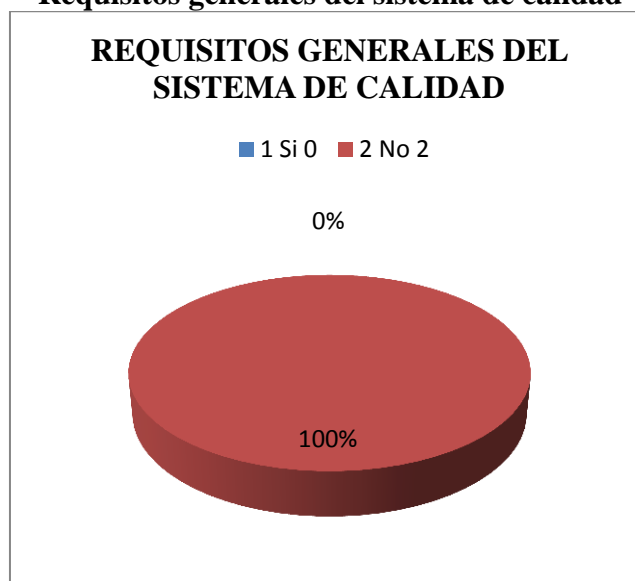
Cuadro No. 20
Requisitos generales del sistema de calidad

RESPUESTAS	# PERSONAS	%
Si	0	0%
No	2	100%
TOTAL	2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 23
Requisitos generales del sistema de calidad



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a los resultados obtenidos, el Gerente y la Administradora indican que no existen procedimientos documentados para el control, funcionamiento y planificación de los procesos (Ver anexo 8).

14. ¿Dispone de un procedimiento para el control de documentos y registros?

Cuadro No. 21
Requisitos de la documentación

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	0	0%
2	No	2	100%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 24
Requisitos de la documentación



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a los resultados obtenidos, el Gerente y Administradora indican que no existe un procedimiento para el control de documentos y registros (Ver anexo 8).

15. ¿La alta dirección comunica al personal la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales y reglamentarios?

Cuadro No. 22
Compromiso de la dirección

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	1	50%
2	No	1	50%
	TOTAL	2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 25
Compromiso de la dirección



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Según la entrevista realizada, el Gerente y Administradora indican que no tienen identificados los requisitos de los clientes, pero buscan constantemente prestar un servicio de calidad (Ver anexo 8).

16. ¿Cómo se asegura la alta dirección de que los requisitos del cliente se cumplieron y éste queda satisfecho?

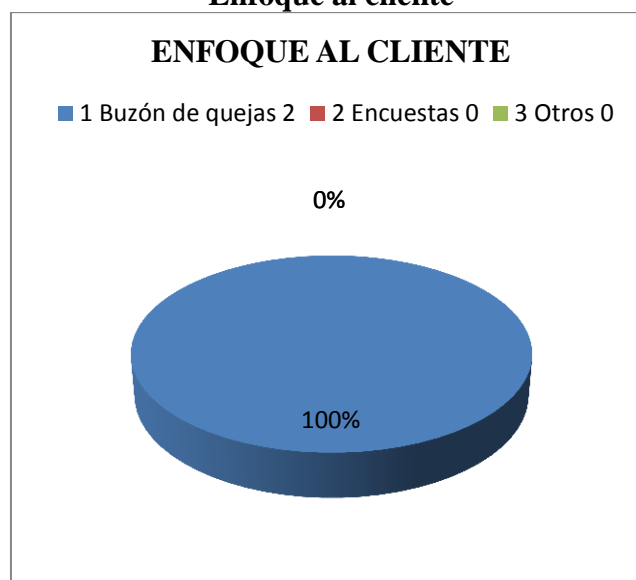
Cuadro No. 23
Enfoque al cliente

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Buzón de sugerencias	2	100%
2	Encuestas	0	0%
3	Otros	0	0%
	TOTAL	2	100%

FUENTE: Clientes de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 26
Enfoque al cliente



FUENTE: Clientes de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a la entrevista realizada, el Gerente y la Administradora indican que se tiene un buzón de sugerencias para identificar y analizar los problemas que se dan para que el cliente quede satisfecho (Ver anexo 8).

17. ¿La política de calidad se comunicó dentro de HOSPIESAJ S.A.?

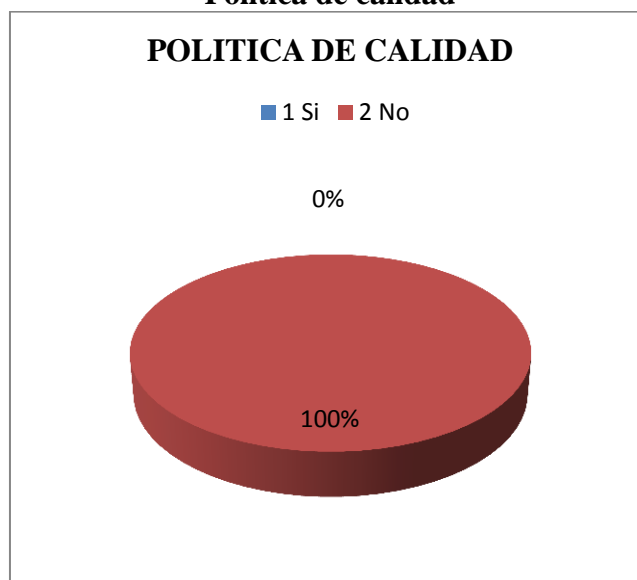
Cuadro No. 24
Política de calidad

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	0	0%
2	No	41	100%
TOTAL		41	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 27
Política de calidad



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: El Gerente y la Administradora indicaron que no existe una política de calidad (Ver anexo 8).

18. ¿HOSPIESAJ S.A. está en capacidad de determinar y proporcionar los recursos necesarios para implantar y mantener el sistema de gestión de calidad?

Cuadro No. 25
Provisión de los recursos

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	2	100%
2	No	0	0%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 28
Provisión de los recursos



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Según el Gerente y Administradora entrevistado indicaron que HOSPIESAJ S.A., podrá proporcionar los recursos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (Ver anexo 8).

19. ¿Se tienen establecidos los criterios de aceptación del servicio?

Cuadro No. 26
Planificación de la prestación del servicio

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	2	100%
2	No	0	0%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 29
Planificación de la prestación del servicio



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo al talento humano entrevistado, el 100% indica que el servicio ofertado si se encuentra medido en criterios de niveles de aceptación, pero cabe indicar que es de forma verbal y no documentada (Ver anexo 8).

20. ¿Cómo se determinan los requisitos no especificados por el cliente que son necesarios para la utilización prevista o especificada?

Cuadro No. 27
Procesos relacionados con el cliente

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Buzón de sugerencias	2	100%
2	Encuestas	0	0%
3	Otros	0	0%
	TOTAL	2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 30
Procesos relacionados con el cliente



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Los requisitos no especificados por el cliente que son necesarios para la utilización de la prestación del servicio, de acuerdo a la entrevista realizada indicaron que se encuentran en análisis, según el 100% del talento humano entrevistado comunicó que esto se lo determina a través del buzón de sugerencias (Ver anexo 8).

21. ¿Se ha definido el tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido de acuerdo con el impacto que tiene lo adquirido en la prestación de servicio?

Cuadro No. 28

Compras

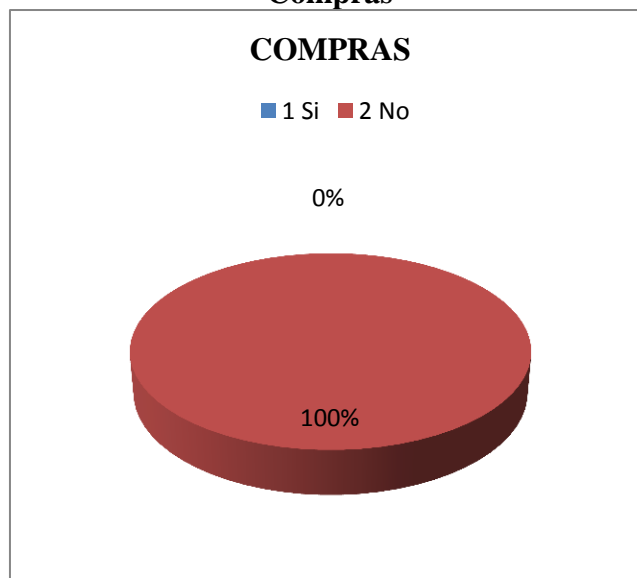
No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	0	0%
2	No	2	100%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 31

Compras



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Según el 100% del talento humano encuestado informa que no se tiene parametrizado al tipo de proveedor, la adquisición de productos para HOSPIESAJ S.A., la provisión de medicamentos y suministros médicos, deben de ser de marca así como lo estipula el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, además de tener un registro sanitario y poseer ciertas características específicas de acuerdo a la Ley (Ver anexo 8).

22. ¿Las condiciones a controlar para prestar el servicio incluyen la utilización del equipo médico apropiado?

Cuadro No. 29
Prestación del servicio

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	0	0%
2	No	2	100%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 32
Prestación del servicio



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: De acuerdo a las repuestas del talento humano, el 100% informó que no están en constante control los equipos médicos utilizados para la prestación del servicio (Ver anexo 8).

23. ¿Existen procesos de medición, análisis y mejora?

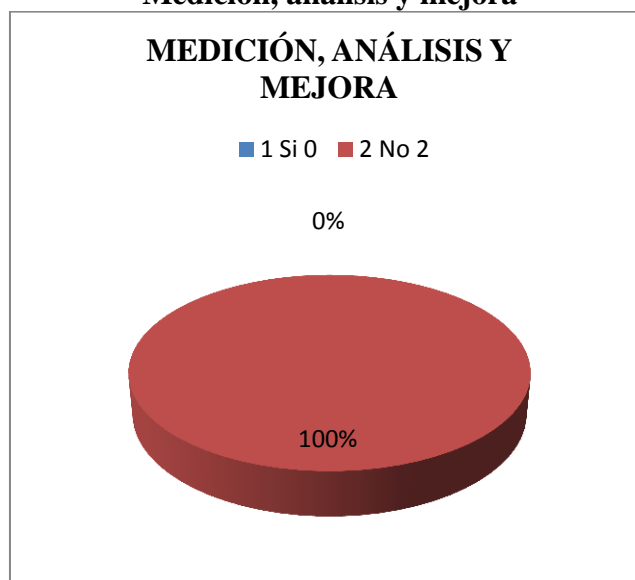
Cuadro No. 30
Medición, análisis y mejora

No.	RESPUESTAS	# PERSONAS	%
1	Si	0	0%
2	No	2	100%
TOTAL		2	100%

FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 33
Medición, análisis y mejora



FUENTE: Talento Humano de HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

ANÁLISIS: Al realizar la encuesta (Ver anexo 8) se encontro que no existe una adecuado análisis sobre los procedimientos ejecutados pues los mismos son leves y casi ninguno se lo documenta esto fue lo que declaró el 100% de los entrevistados, además esto se evidencia de acuerdo al check list efectuado (Ver anexo 9).

Donde como conclusión se puede evidenciar que no se aplica la ISO 9001:2008 como sistema de gestión de calidad.

4.1.2 Cuadro resumen.

Cuadro No. 31

Cuadro resumen de los factores organizacionales de HOSPIESAJ S.A.

FACTOR	SITUACIÓN ACTUAL	ACCIONES	RESPONSABLES
Administrativo	El nivel administrativo se encuentra aplicando de forma esporádica el proceso administrativo (planificación, organización, dirección y control), debido al proceso de transición de gerencia. Cabe indicar que este nivel se encuentra estructurando organigramas y manuales para funcionamiento de HOSPIESAJ S.A., además de considerar que existe una autoridad y se puede evaluar los resultados de la planeación.	<p>Diseñar planes anuales de cumplimiento.</p> <p>Estructurar manuales de funcionamiento.</p> <p>Evaluar el desempeño del talento humano a través de indicadores.</p>	Equipo de la Alta Dirección
Económico	Hemos determinado que HOSPIESAJ S.A., cuenta con un sistema contable confiable, donde los Estados Financieros son presentados bajo las normas legales requeridas y que los presupuestos elaborados son flexibles de acuerdo a las necesidades urgentes.	<p>Presentar Estados Financieros oportunos.</p> <p>Realizar análisis de los estados financieros a través de ratios financieros, para determinar la liquidez, rentabilidad de HOSPIESAJ S.A.</p>	Equipo de la Alta Dirección

Tecnológico	Al momento poseen una estructura informática adecuada y óptima, la cual va de acuerdo al equipo médico existente, los mismos que se encuentran calibrados de acuerdo a la norma vigente, además de contar con el talento humano capacitado para operar cada una de ellas.	Realizar mantenimientos periódicos a todos los equipos médicos, informáticos y otros, que necesiten de un cuidado adecuado para su correcto funcionamiento.	Equipo de Control y Equipo de Mantenimiento
Prestación del Servicio	De acuerdo a las opiniones y percepciones de los clientes y/o pacientes de HOSPIESAJ S.A., unos expresaron que si cumplen con sus expectativas con el servicio, el problema radica en emergencias ya que quien atiende es sólo un practicante y solo acude el médico general en casos donde el cliente y/o paciente lo solicita, o el practicante no está capacitado para atenderlo, además de tener una actitud pasiva y poco cordial de algunas enfermeras, otras opiniones informaron un déficit en la calidad y para atender a un cliente y/o paciente.	Diseñar un plan anual de capacitaciones para el talento humano. Implementar sistemas de control y supervisión médica. Coordinar con las demás áreas para la disponibilidad inmediata de un médico general.	Equipo de Mejora Continua
Calidad	No poseen un sistema de gestión de calidad. Pero se	Diseñar el Sistema de Gestión de Calidad en base a	<ul style="list-style-type: none"> • María José Vinueza

	debe indicar que HOSPIESAJ S.A., tiene la predisposición de proporcionar los recursos necesarios para que se implemente un Sistema de Gestión de Calidad.	la Norma ISO 9001:2008.	<ul style="list-style-type: none"> Edgar Fabián Trujillo
--	---	-------------------------	---

ELABORADO

POR:

María

José

Vinueza

Molina

y

Edgar

Fabián

Trujillo

Pozo.

4.2 DISEÑO O FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA

4.2.1 Objeto y campo de aplicación.

4.2.1.1 Generalidades.

El sistema de gestión de calidad está estructurado en base a los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2008.

4.2.1.2 Aplicación.

El sistema de gestión de calidad será aplicado a todo el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., comprendiendo la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

4.2.2 Normatividad de referencia.

Durante el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad se usaron como referencia los siguientes documentos:

- a)** Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de calidad – Requisitos
- b)** Constitución política de la República
- c)** Ley de compañías
- d)** Ley de salud pública
- e)** Ley de régimen tributario interno y su reglamento
- f)** Código de trabajo
- g)** Ley de seguridad social
- h)** Código de comercio
- i)** Ley del anciano
- j)** Ley de tránsito
- k)** Ordenanzas Municipales
- l)** Permisos de funcionamiento

4.2.3 Términos y definiciones.

4.2.3.1 Términos relativos a la calidad.

- **Calidad.-** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Requisito.-** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Satisfacción del cliente.-** percepción sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Capacidad.-** aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple con los requisitos para ese producto.

4.2.3.2 Términos relativos a la gestión.

- **Sistema.-** conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.
- **Sistema de gestión.-** conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.
- **Sistema de gestión de la calidad.-** es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- **Política de calidad.-** intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Objetivo de la calidad.-** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad. Los objetivos de la calidad generalmente se basan en la política de calidad de la organización.
- **Gestión.-** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.
- **Alta dirección.-** persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.
- **Gestión de la calidad.-** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.
- **Planificación de la calidad.-** parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.
- **Control de la calidad.-** parte de la gestión de calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

- **Aseguramiento de la calidad.-** parte de la gestión de calidad orienta a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.
- **Mejora de la calidad.-** parte de la gestión de calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
- **Mejora continua.-** actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- **Eficacia.-** extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia.-** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

4.2.3.3 Términos relativos a la organización.

- **Organización.-** conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.
- **Infraestructura.-** sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento una organización.
- **Ambiente de trabajo.-** conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- **Cliente.-** organización o persona que recibe el producto.
- **Proveedor.-** organización o persona que proporciona un producto.
- **Parte interesada.-** persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

4.2.3.4 Términos relativos al proceso y servicio.

- **Proceso.-** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto.-** es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente.
- **Proyecto.-** proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con los requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.
- **Diseño y desarrollo.-** conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.
- **Procedimiento.-** forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso.

- **Farmacía.-** ciencia que enseña a preparar y dispensar medicamentos o fármacos, con el fin de tratar enfermedades o para ayudar a conservar la salud.
- **Cirugía.-** práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico. La cirugía también se refiere a una especialidad de la medicina.
- **Sutura.-** costura que se realiza mediante puntos para juntar los bordes de una herida o de una incisión quirúrgica, ya sea en la piel, en un órgano interno o en cualquier otro tejido del cuerpo.
- **Urología.-** es la especialidad médico-quirúrgica que se interesa por el estudio, los tratamientos y las afecciones que afectan al aparato urinario a nivel de los riñones, de los uréteres (que conducen la orina de los riñones hasta la vejiga), de la vejiga y de la uretra que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo.
- **Ginecología obstétrica.-** se ocupa del seguimiento del embarazo y del parto. Un ginecólogo obstétrico se ocupa, pues, de la mujer pero también del niño que espera, ayudado por una enfermera. Realiza todos los exámenes (ecografías, amniocentesis) para establecer los diagnósticos prenatales y después ocuparse del parto, incluida la cesárea si es necesaria.
- **Neonatología.-** es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días postparto), hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como "lactante" entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha.
- **Salud.-** un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia¹⁵.
- **Paciente.-** individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento.
- **Cuidados intensivos.-** es el sistema de asistencia clínica que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperación.

¹⁵ Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de 1948.

- **Oncología.-** es el estudio de todos los tipos de tumores cancerígenos; los tumores cancerosos responden a la multiplicación anárquica de ciertas células en el cuerpo.
- **Colposcopia.-** es un examen de la pared interior del cuello uterino.
- **Cardiología.-** es una rama de la medicina, que se ocupa de las afecciones del corazón y del aparato circulatorio.
- **Endoscopia.-** técnica médica de diagnóstico que introduce un instrumento óptico iluminado en el interior de un conducto o una cavidad del cuerpo. Permite la visualización de la cavidad, la realización de biopsias y un tratamiento quirúrgico poco invasivo.
- **Antropométrico.-** es una ficha que registra las medidas y dimensiones del cuerpo humano, estatura, peso, perímetro torácico, etc. Se usa como eficaz herramienta con el propósito de comprender los cambios físicos del hombre.

4.2.3.5 Términos relativos a las características.

- **Característica.-** rasgo diferenciador inherente de un producto, proceso o sistema relacionada con un requisito.
- **Seguridad de funcionamiento.-** término colectivo utilizado para describir el desempeño de la disponibilidad y los factores que la influyen, desempeño de la confiabilidad, de la capacidad de mantenimiento y del mantenimiento de apoyo.

4.2.3.6 Términos relativos a la conformidad.

- **Defecto.-** es el incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado.
- **Acción preventiva.-** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable.
- **Acción correctiva.-** acción tomada para eliminar la causa de no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Corrección.-** acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Reproceso.-** acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.
- **Desecho.-** acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.

4.2.3.7 Términos relativos a la documentación.

- **Información.-** datos que poseen un significado.
- **Especificación.-** documento que establece un requisito.
- **Manual de calidad.-** documento que especifica el sistema de gestión de calidad de una organización.
- **Plan de calidad.-** documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.
- **Registro.-** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4.2.3.8 Términos relativos a la auditoría.

- **Auditoría.-** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Programa de auditoría.-** conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Criterios de auditoría.-** conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- **Evidencia de la auditoría.-** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
- **Hallazgos de la auditoría.-** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **Conclusiones de la auditoría.-** resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- **Cliente de la auditoría.-** organización o persona que solicita una auditoría.
- **Auditor.-** persona con la competencia de llevar a cabo una auditoría.
- **Equipo auditor.-** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

4.2.3.9 Términos relativos al aseguramiento de la calidad para los procesos de medición.

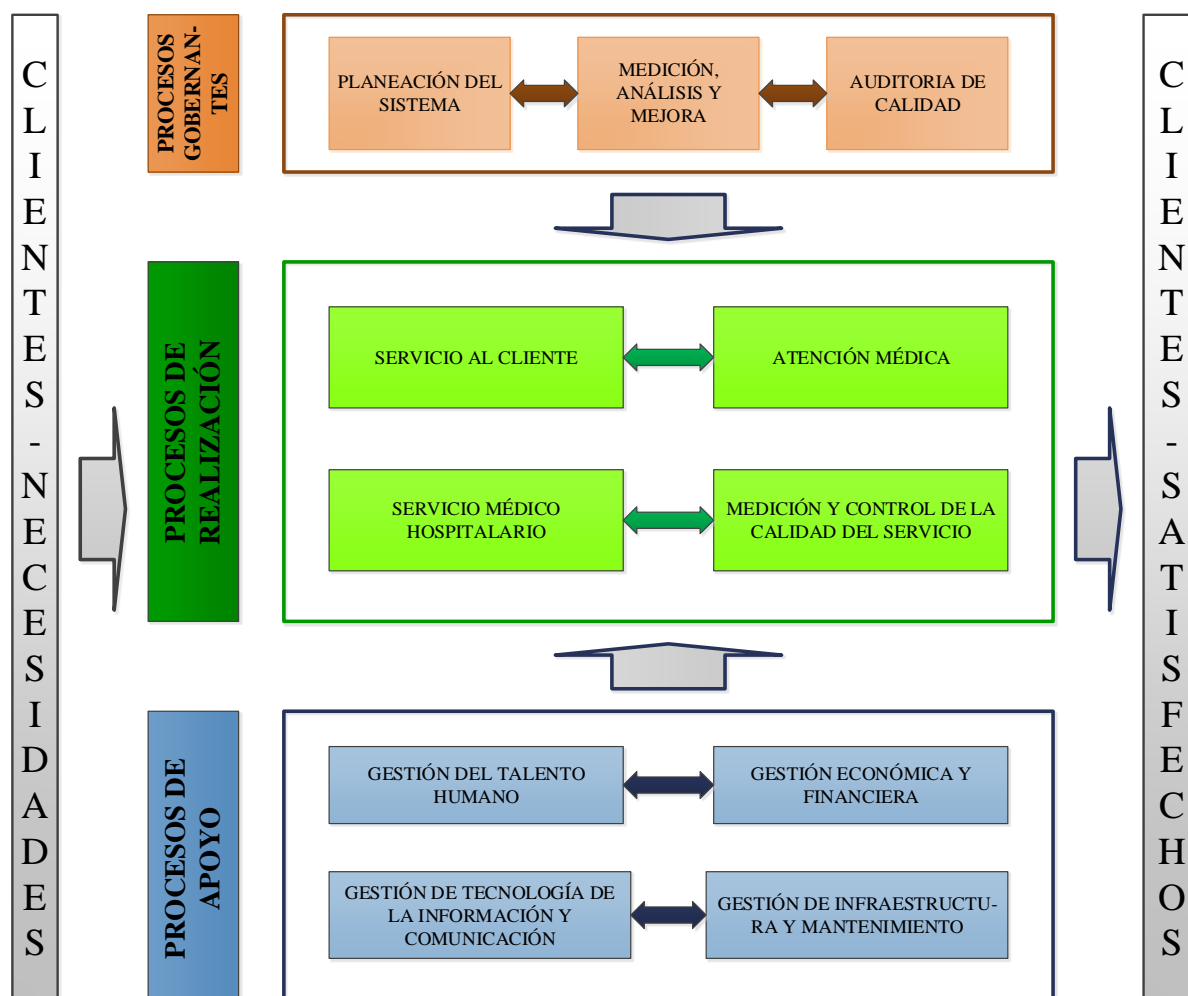
- **Sistema de control de las mediciones.-** conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan necesarios para lograr la confirmación metrológica y el control continuo de los procesos de medición.
- **Proceso de medición.-** conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.
- **Confirmación metrológica.-** conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para su uso previsto.
- **Equipo de medición.-** instrumento de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares o combinación de ellos necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
- **Característica metrológica.-** rasgo distintivo que puede influir sobre los resultados de la medición.
- **Función metrológica.-** función con responsabilidad en la organización para definir e implementar el sistema de control de las mediciones.

4.2.4 Sistema de Gestión de Calidad.

4.2.4.1 Requisitos generales (Macro proceso).

Figura No. 34

Macro proceso del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.



FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.4.2 Requisitos de la documentación.

4.2.4.2.1 Generalidades.

El Equipo de Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., establecerá, documentará, implementará, mantendrá y mejorará el Sistema de Gestión de la Calidad.

Dentro de los requisitos generales esta la documentación y registros necesarios para establecer, desarrollar y mantener un sistema de gestión de calidad para apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos de la organización, los cuáles son las siguientes:

a) Política de calidad.

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., brinda un servicio médico y hospitalario de calidad destinado para la atención médica preventiva y curativa, en base a su gestión de procesos que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente y/o paciente, con un compromiso del talento humano, mediante la mejora continua de su Sistema de Gestión de Calidad.

b) Objetivos de la calidad.

- Llevar a cabo una administración de calidad con eficacia y efectividad.
- Ofrecer el mejor sistema médico hospitalario a la sociedad.
- Optimizar los recursos utilizados en los procesos de la gestión de calidad.
- Mejorar continuamente la calidad del servicio médico y hospitalario.
- Fortalecer acciones de formación y capacitación que son necesarias para garantizar la idoneidad y competencia del talento humano de HOSPIESAJ S.A.
- Aumentar el nivel de satisfacción de los clientes y/o pacientes con la prestación del servicio oportuna y rápida, disminuyendo los tiempos de espera.

4.2.4.2.2 Manual de calidad.


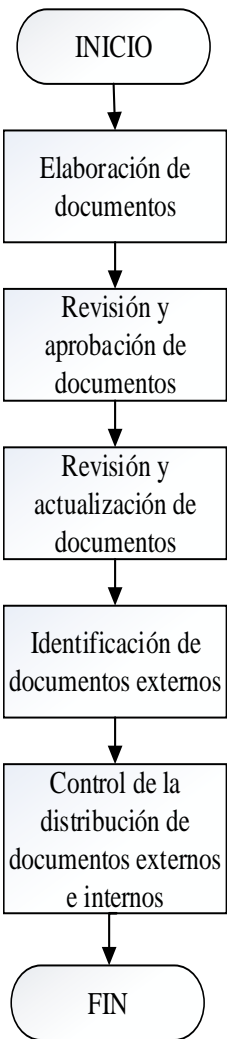
El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., se dedica a la prestación de servicio de la prevención, mantenimiento y reparación de la salud a todos a quienes acuden a sus instalaciones en demanda de atención médica (ver anexo 10).


El manual de calidad se gestionará de acuerdo al procedimiento control de documentos.

4.2.4.2.3 Control de los documentos.

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., efectuará el control de los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad, llevando a cabo todas las acciones mencionadas en el procedimiento Control de Documentos y asegurándose de esta manera, el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

La responsabilidad del control de los documentos, estará a cargo del Equipo de la Alta Dirección.

Código	PCDCHSJ001	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	
Rev. 00			
Hoja	1 de 3		
OBJETIVO: Crear directrices que garanticen un adecuado control de documentos para el Sistema de Gestión de Calidad de HOSPIESAJ S.A.			
ALCANCE: Este procedimiento será aplicable a los documentos como: manual de calidad, procedimientos, registros, entre otros que son parte del Sistema de Gestión de Calidad.			
DESCRIPCIÓN: <div></div>			
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	
1. Elaboración de Documentos	El responsable del control de documentos administra los documentos que han sido elaborados por cada responsable de actividad que intervienen en un proceso.	Equipo de Control	

Código	PCDCHSJ001	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 3		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
2. Revisión y aprobación de documentos		La revisión y aprobación de los documentos consiste en: <ul style="list-style-type: none">• Verificar el cumplimiento con los lineamientos establecidos en las normas ISO antes de ser emitidos.• Cada documento se debe turnar a la autoridad que corresponda para ser aprobada.• Cada responsable del documento debe revisar y mantener actualizado su documentación.	Equipo de la Alta Dirección
3. Revisión y actualización de documentos		El equipo de la alta dirección de calidad se encarga de revisar los documentos aprobados y verifica que cada documento cumpla con los lineamientos requeridos. Cuando un documento es actualizado hay que asegurarse que cumpla lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Identificar los cambios en la documentación.• Revisar el estado de la versión vigente de los documentos.• Verificar la disponibilidad de los documentos en los puntos de uso.• Los documentos deben ser legibles y fácilmente identificables.• Se considera al documento aprobado cuando cuentan con las firmas correspondientes.• El responsable de cada área envía los documentos al responsable del control de documentos del Sistema de gestión de Calidad, quién a su vez revisa el cumplimiento de los lineamientos establecidos y notifica vía correo electrónico a quién corresponda.	Equipo de la Alta Dirección Equipo de Control
4. Identificación de documentos externos		Cuando se utiliza un documento externo en la operación, el responsable deberá cumplir con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Notificar al coordinador de calidad el nombre, vigencia y usuarios del documento.• Actualizar el documento a los usuarios.• Recolectar los documentos obsoletos y destruirlos en su caso, o mantenerlos para referencia.• El coordinador de calidad revisa el documento y lo envía al responsable del control de documentos para que notifique a quien corresponda.	Equipo de la Alta Dirección Equipo de Control

Código	PCDCHSJ001	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	
Rev. 00			
Hoja	3 de 3		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
5. Control de la distribución de documentos externos e internos		La distribución de documentos se mantiene disponible en el Blog de HOSPIESAJ S.A., para su consulta.	Equipo de Control
		Cada responsable del documento, que para su aplicación maneja documentos de origen externo, es el responsable de mantenerlos ordenados.	
		Verificar y asegurarse de que las versiones disponible de origen externo se encuentren actualizadas, y que las copias distribuidas correspondan a la última versión de los documentos originales.	
		Para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, se deberá destruir los documentos que ya hayan sufrido modificaciones.	
DOCUMENTOS:			
<ul style="list-style-type: none">• Normas ISO.• Sistema de Gestión de Calidad.			
RESPONSABLES:			
<ul style="list-style-type: none">• Equipo de la Alta Dirección.• Equipo de Control.			


ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.4.2.4 Control de registros.

Los registros se establecerán, mantendrán y se controlarán de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Control de Registros. Los registros proporcionarán evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de Calidad.

Procedimiento No. 02		
Código	PCRCHSJ001	<div>PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS</div> <div>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN</div>
Rev. 00		
Hoja	1 de 2	
OBJETIVO:	Establecer los controles adecuados para la disposición de los registros de calidad generados para el Sistema de Gestión de Calidad de HOSPIESAJ S.A.	
ALCANCE:	Este procedimiento será aplicable para todos los registros que afecten directamente a las áreas de calidad del servicio que proporciona HOSPIESAJ S.A.	
DESCRIPCIÓN:	<div><div>INICIO</div><div>Identificación</div><div>Almacenamiento</div><div>Protección</div><div>Recuperación</div><div>Retención</div><div>Disposición</div><div>Revisión de Registros</div><div>Difusión</div><div>FIN</div></div>	
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Identificación	Todos los formatos de registros cuentan con un código de identificación y cuando estos son utilizados, el personal responsable de cada área verifica que sean legibles y que se llenen adecuadamente.	Equipo de Control

Código	PCRCHSJ001	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
2. Almacenamiento		El Equipo de Control almacena los registros recibidos, ya sea en medios electrónicos o físicos.	Equipo de Control
3. Protección		El responsable de cada proceso o procedimiento, cuida la integridad de los registros generados y designan el lugar adecuado para la ubicación de los mismos evitando que puedan dañarse, perderse o deteriorarse.	Equipo de Mejora Continua Equipo de Control
4. Recuperación		Todos los registros de calidad electrónicos o físicos son clasificados y ubicados en sitios accesibles al personal que los requiere para el desarrollo de su trabajo, permitiendo su fácil y oportuna recuperación.	Equipo de Control
5. Retención		El responsable de cada proceso o procedimiento analiza cada tipo de registro y determina el periodo en que se guardará.	Jefe de área
6. Disposición		Esta es una responsabilidad compartida entre los jefes de área y el coordinador de calidad. La disposición de los registros se sujetará a la normatividad vigente de la naturaleza de los registros de calidad.	Equipo de Control Jefe de área
7. Revisión de registros		Los responsables de procedimientos depuran sus archivos de registros para dar disposición final a aquellos que hayan cumplido su tiempo de retención.	Equipo de Control
8. Difusión		Debe asegurarse de difundir al talento humano involucrado en el proceso los cambios realizados.	Equipo de Control
DOCUMENTOS:			
<ul style="list-style-type: none">• Normas ISO.• Sistema de Gestión de Calidad.			
RESPONSABLES:			
<ul style="list-style-type: none">• Equipo de Control.• Equipo de Mejora Continua.• Jefe de área.			

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.5 Responsabilidad de la dirección.

4.2.5.1 Compromiso de la dirección.

El equipo de la Alta Dirección es uno de los factores más importantes en la formulación y ejecución del Sistema de Gestión de Calidad.

Dentro del sistema de calidad debe establecerse con claridad el compromiso de la dirección. La Alta Dirección desempeña un papel muy importante tiene como actividades específicas de comunicar lo siguiente:

- La importancia de cumplir con los requisitos del cliente así como los legales y reglamentarios.
- El enfoque de HOSPIESAJ S.A., hacia el cliente y/o paciente.
- La política y objetivos de calidad.

4.2.5.2 Enfoque al cliente.

HOSPIESAJ S.A., debe asegurar que los requisitos del cliente y/o paciente son determinados y cumplidos para alcanzar su satisfacción. Entre los requisitos tenemos:

- Tiempo suficiente y necesario.
- Tener accesibilidad a dichos servicios.
- Que exista longitudinalidad.
- Integridad al momento de brindar el servicio.
- Bilateral.

4.2.5.3 Política de la calidad.

La política de calidad es el resultado de un análisis de los planes de los clientes y/o pacientes, analizando el valor agregado que es posible ofrecer a la cadena del servicio prestado y con base a sus requisitos, es decir, cumple con el enfoque al cliente y/o paciente. También expresa el compromiso con el talento humano de HOSPIESAJ S.A.

La política de calidad será comunicada dentro de HOSPIESAJ S.A., y será revisada periódicamente para su continua adecuación.

4.2.5.4 Planificación.

4.2.5.4.1 Objetivos de la calidad.

Los objetivos específicos se desarrollan de manera que estén conectados en forma directa con la política de calidad. La mejor manera de medir los objetivos es a través de la creación de un sistema de indicadores, los mismos que deberán ser medibles.

Cuadro No. 32
Plan de calidad

ÁREAS	OBJETIVOS DE CALIDAD
Administrativa	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar políticas y objetivos de calidad eficientes para un correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.• Diseñar un canal adecuado de comunicación para difundir el sistema de gestión de calidad a todo HOSPIESAJ S.A.• Mantener un entorno laboral adecuado para el talento humano de HOSPIESAJ S.A., logrando crear un espíritu de equipo.• Fortalecer la imagen de HOSPIESAJ S.A., en el entorno donde se prestan los servicios.• Planificar estrategias para aumentar la calidad en la prestación del servicio y de esa forma ser más competitivos.
Financiera	<ul style="list-style-type: none">• Optimizar los recursos para lograr una mayor rentabilidad.• Eliminar gastos administrativos innecesarios para obtener una mejor utilidad.• Reducir posibles errores del software utilizando para brindar una información confiable y oportuna a los usuarios.• Elaborar índices financieros para conocer la situación actual de HOSPIESAJ S.A.
Médica	<ul style="list-style-type: none">• Reclutar y seleccionar al talento humano idóneo para utilizar los diferentes puestos de trabajo.• Identificar las necesidades de los clientes y/o pacientes para cumplir así con sus exigencias.• Transmitir confianza a los clientes y/o pacientes.• Satisfacer las necesidades de los clientes y/o pacientes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar los procesos y procedimientos para prestar el servicio requerido. • Establecer medidas correctivas y preventivas. • Capacitar permanentemente al talento humano para prestar un servicio de calidad. • Elaborar un sistema de sugerencias, reclamos y quejas que permita conocer las opiniones de los colaboradores, clientes y/o pacientes sobre las particularidades del servicio prestado.
--	--

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad

La planificación se realiza con el propósito de que se definan los procesos necesarios dentro del sistema de calidad que permitan cumplir con los requisitos en concordancia con el 4.1 de la Norma ISO 9001:2008, y monitorear aquellos que se consideren exclusiones permitidas. Esto debe incluir la adecuada vinculación de la política, los objetivos y los indicadores.

Es aconsejable que, como resultado de la planificación de calidad, exista evidencia documental de que se efectuó, la que podría incluirse en el manual de calidad o en otro documento por separado.

Es importante hacer un análisis de los cambios necesarios debidos a los requisitos del cliente, motivados por situaciones en el entorno de HOSPIESAJ S.A., para evitar que el sistema se desajuste o desaparezca por algún movimiento organizacional o en el exterior. Debe planearse un sistema flexible que permita a HOSPIESAJ S.A., adaptarse con rapidez.

Cuadro No. 33
Planificación del Sistema de Gestión de Calidad

PROCESO	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	MEDICIÓN Y CONTROL	ACCIONES		OBSERVACIONES
				Correcti-vas	Preventi-vas	
PG 001 Planeación del Sistema	Actividades coordinadas para planear, dirigir y controlar el Sistema de Gestión de Calidad, conforme a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.	Planear estrategias y/o acciones para cumplir con los procesos establecidos.	Grupos de discusión. Informes del talento humano.	√	√	
PG 002 Medición, análisis y mejora	Se refiere a verificar que los requisitos de los puntos del 4 al 8 del Sistema de gestión de calidad se cumplan.	Controlar el sistema de gestión de calidad a través del nivel de cumplimiento de los requisitos.	Gráficas de control para medias y variabilidad de procesos. Informes del talento humano.	√	√	
PG 003 Auditoría de Calidad	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva.	Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad.	Check List para determinar nivel de cumplimiento del sistema de gestión de calidad.	√	√	
PR 001 Servicio al cliente	Es el conjunto de actividades que ofrece HOSPIESAJ S.A., con el fin de que el cliente obtenga el servicio idóneo.	Proporcionar al talento humano los lineamientos básicos para que la atención y el servicio brindado sean de calidad.	Encuestas. Blog. Buzón de sugerencias, etc.	√	√	

PR 002 Atención Médica	Es la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.	Prestar atención médica a todos los clientes y pacientes que lo requieran, para ser atendidos con eficacia y eficiencia.	Encuestas. Blog. Buzón de sugerencias, etc.	√	√	
PR 003 Servicio Médico Hospitalario	Es el ingreso de una persona enferma al hospital, para un examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del talento humano de HOSPIESAJ S.A.	Brindar a los pacientes un ambiente hospitalario seguro con atención médica de enfermería y otras áreas con el fin de obtener una pronta mejoría.	Encuestas. Blog. Buzón de sugerencias, etc.	√	√	
PR 004 Medición y control de la calidad del servicio	Se refiere al seguimiento, medición y análisis de los procedimientos para la prestación de servicio.	Diseñar herramientas e instrumentos para la solución de problemas.	Encuestas. Blog. Buzón de sugerencias, etc.	√	√	
PA 001 Gestión del Talento Humano	Se refiere al ingreso, permanencia y retiro del talento humano de HOSPIESAJ S.A.	Contar con el talento humano idóneo para la prestación del servicio.	Indicadores de Gestión.	√	√	
PA 002 Gestión Económica y Financiera	Consiste en conseguir, mantener y utilizar el dinero de manera adecuada.	Proporcionar a HOSPIESAJ S.A., toda la información financiera precisa para la toma de decisiones.	Indicadores de Gestión.	√	√	

PA 003 Gestión de Tecnología de la Información y Comunicación	Gestionan información, la almacenan, envían y reciben información, para su posterior procesamiento.	Establecer un canal de comunicación de HOSPIESAJ S.A., con todos los usuarios.	Indicadores de Gestión.	✓	✓	
PA 004 Gestión de Infraestructura y Mantenimiento	Se refiere a las condiciones en las que se debe dar un mantenimiento adecuado a toda la propiedad, planta y equipo que posee HOSPIESAJ S.A.	Determinar, proporcionar y mantener un plan de mantenimiento para la infraestructura y equipos.	Indicadores de Gestión.	✓	✓	

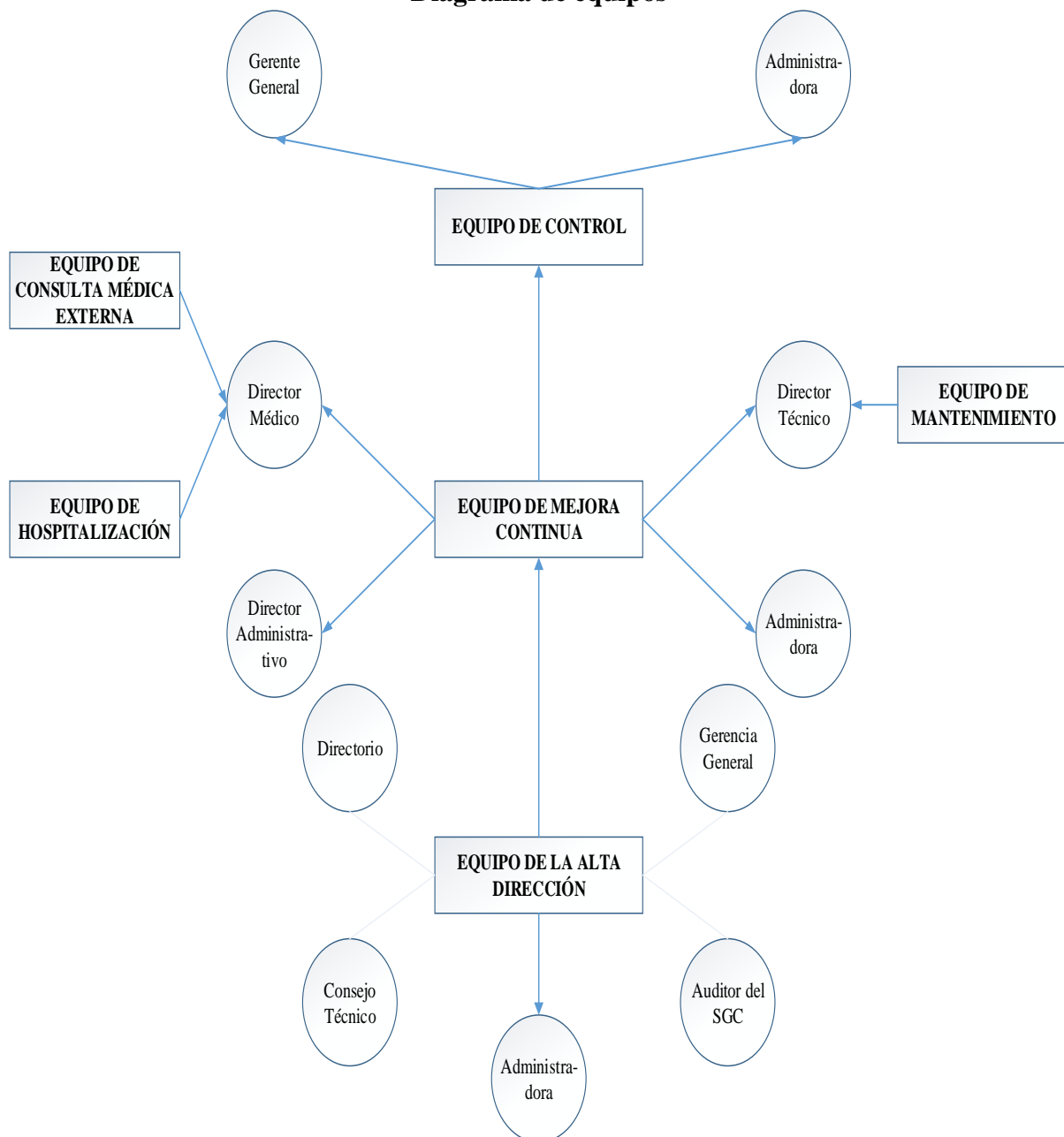
ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.

4.2.5.5.1 Responsabilidad y autoridad.

La estructura organizacional es un elemento importante dentro del sistema de calidad. Las diferentes funciones dentro de HOSPIESAJ S.A., deben definirse, así como su responsabilidad, autoridad e interrelaciones. Esta estructura debe ser comunicada con nitidez a todo el talento humano de HOSPIESAJ S.A. que necesiten conocerla.

Figura No. 35
Diagrama de equipos



ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.5.5.2 El representante de la dirección.

El Equipo de la Alta Dirección, designa al representante de la dirección que va a ser el responsable de asegurar que el sistema se implante y mantenga de acuerdo con los requisitos requeridos por HOSPIESAJ S.A., el mismo que va a ser la Administradora de HOSPIESAJ S.A.

Sus responsabilidades son:

- Servir de punto de enlace entre el talento humano y el Equipo de la Alta Dirección.
- Asegurar que los procesos del sistema de calidad se establezcan y mantengan.
- Informar al Equipo de la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y las acciones requeridas.
- Promover el compromiso de HOSPIESAJ S.A., para cumplir con los requisitos del cliente y/o paciente.

Ver anexo 11.

4.2.5.5.3 Comunicación interna.

La comunicación es la base para que el talento humano entienda los objetivos de calidad. Debe existir un proceso para concretar esto. La comunicación elimina barreras y puede hacer que el talento humano se involucre de manera adecuada y que se sienta parte del sistema.

El talento humano en HOSPIESAJ S.A., colaborará eficazmente con el Sistema de Gestión de Calidad mediante:

- Reuniones.
- Intranet.
- Equipos de trabajo.
- Periódico mural.
- Oficios.
- Circulares.

Ésta es una herramienta poderosa que permite al Equipo de la Alta Dirección contar con los elementos para visualizar el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad y tomar decisiones que permitan su mejora. Se efectúa al recibir información a través de los diferentes elementos del sistema que permiten visualizar el desempeño desde la perspectiva del cliente y/o paciente (retroalimentación del cliente y/o paciente), del proceso (comportamiento del proceso), del servicio (conformidad del servicio), y de las revisiones internas (resultado de las auditorías y esta de acciones correctivas y preventivas).

94

Código	RC 001	<h1>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</h1>	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		

<div>PARÁMETRO</div> <div>ASPECTO</div>	NIVEL DE APLICACIÓN			CALIDAD			COSTOS		PRODUCTIVIDAD		SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
	A	M	B	E	B	R	△	▽	Efectividad	Eficacia	
Política de Calidad											
Objetivos de Calidad											
Procesos											

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.5.6.1 Generalidades.

El Equipo de la Alta Dirección revisará el Sistema de Gestión de Calidad al menos una vez al año para asegurar la idoneidad, precisión y eficacia permanente.

Siendo necesario incluir una evaluación de oportunidades de mejora y cambios, además se debe incluir la política de calidad y objetivos de calidad, guardando los registros de dichas revisiones que servirán como prueba del compromiso de la dirección con la mejora constante del Sistema de Gestión de Calidad, recordando que la revisión de la dirección es un punto esencial del sistema para lograr la mejora continua.

Cada revisión debe ser programada y planificada para así determinar las acciones necesarias de corrección y prevención que deban implantarse para solventar problemas, como mejorar resultados y conseguir el proceso de mejora continua.

En la revisión del Sistema de gestión de Calidad se debe tomar en cuenta al menos lo siguiente:

- La política de calidad.
- Los objetivos de calidad.
- Informes de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad.

Además, se deberá presentar una propuesta de mejora para los diversos elementos del Sistema de Gestión de Calidad para el siguiente periodo y la planificación de las acciones a tomar.

4.2.5.6.2 Información para la revisión.

La revisión por el equipo de la Alta Dirección incluirá el funcionamiento actual y las oportunidades de mejora relacionadas a:

- Los resultados de las auditorías.
- Retroalimentación del cliente.
- Funcionamiento de los procesos y conformidad de los servicios.
- Situación de las acciones correctivas y preventivas.

- Acciones de seguimiento de las anteriores revisiones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Cambios que afecten al Sistema de Gestión de Calidad.
- Recomendaciones para la mejora.
- Revisión de la política y objetivos de la calidad.
- Una revisión de la asignación de los recursos materiales.

4.2.5.6.3 Resultados de la revisión.

Los resultados de la revisión incluirán todas las direcciones y acciones relacionadas con:

- La mejora de la eficacia del sistema y de sus procesos.
- La mejora de los servicios médicos y hospitalarios.

Los resultados de la revisión serán registrados en actas, anexándose los documentos que consideren pertinentes.

La Administradora como representante de la dirección designado para manejar el Sistema de Gestión de Calidad, será responsable de dar el seguimiento a los acuerdos definidos en el informe de revisión del sistema de gestión de calidad, manteniendo informado al Equipo de la Alta Dirección.

4.2.6 Gestión de los recursos.

4.2.6.1 Provisión de los recursos.

Los recursos son indispensables para el desempeño de los sistemas de calidad. Haciendo referencia al talento humano, infraestructura y al ambiente de trabajo.

El talento humano implica la apropiada asignación de personal que cumpla con los requisitos relacionados con educación, entrenamiento, habilidades y experiencia.

Por lo tanto, es necesario contar con los recursos para operar el sistema de calidad, con el propósito de obtener la satisfacción del cliente.

En HOSPIESAJ S.A., el Equipo de la Alta Dirección determinará y proporcionará los recursos para operar el Sistema de Gestión de Calidad procurando:

- Establecer la información para detectar las necesidades de los recursos.
- Efectuar la planificación de los recursos en el corto, mediano y largo plazo.
- Realizar el seguimiento de las actividades.

A continuación se propone un presupuesto estimado del Sistema de Gestión de Calidad:

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.			
R.U.C. 0690059835001			
PRESUPUESTO DEL DESARROLLO DEL S.G.C.			
EXPRESADO EN DÓLARES AMERICANOS			
INGRESOS			692.653,88
Servicios Médicos		692.653,88	
(-) EGRESOS			22.519,71
<u>Talento Humano</u>		10.139,71	
Director de Calidad	4.652,04		
Estudiante en práctica	4.080,00		
Beneficios	1.407,67		
<u>Recursos Físicos</u>		1.000,00	
Bienes oficina de calidad	880,00		
Papelería	120,00		
<u>Recursos Tecnológicos</u>		2.780,00	
Computador e impresoras	1.000,00		
Sistema de información para SGC	400,00		
Intranet	300,00		
Internet	600,00		
Medios de comunicación	480,00		
<u>Otros</u>		8.600,00	
Capacitación y entrenamiento	3.200,00		
Auditoría de seguimiento	2.600,00		
Gastos Imprevistos	2.800,00		
(=) SUPERAVIT PRESUPUESTARIO			670.134,17

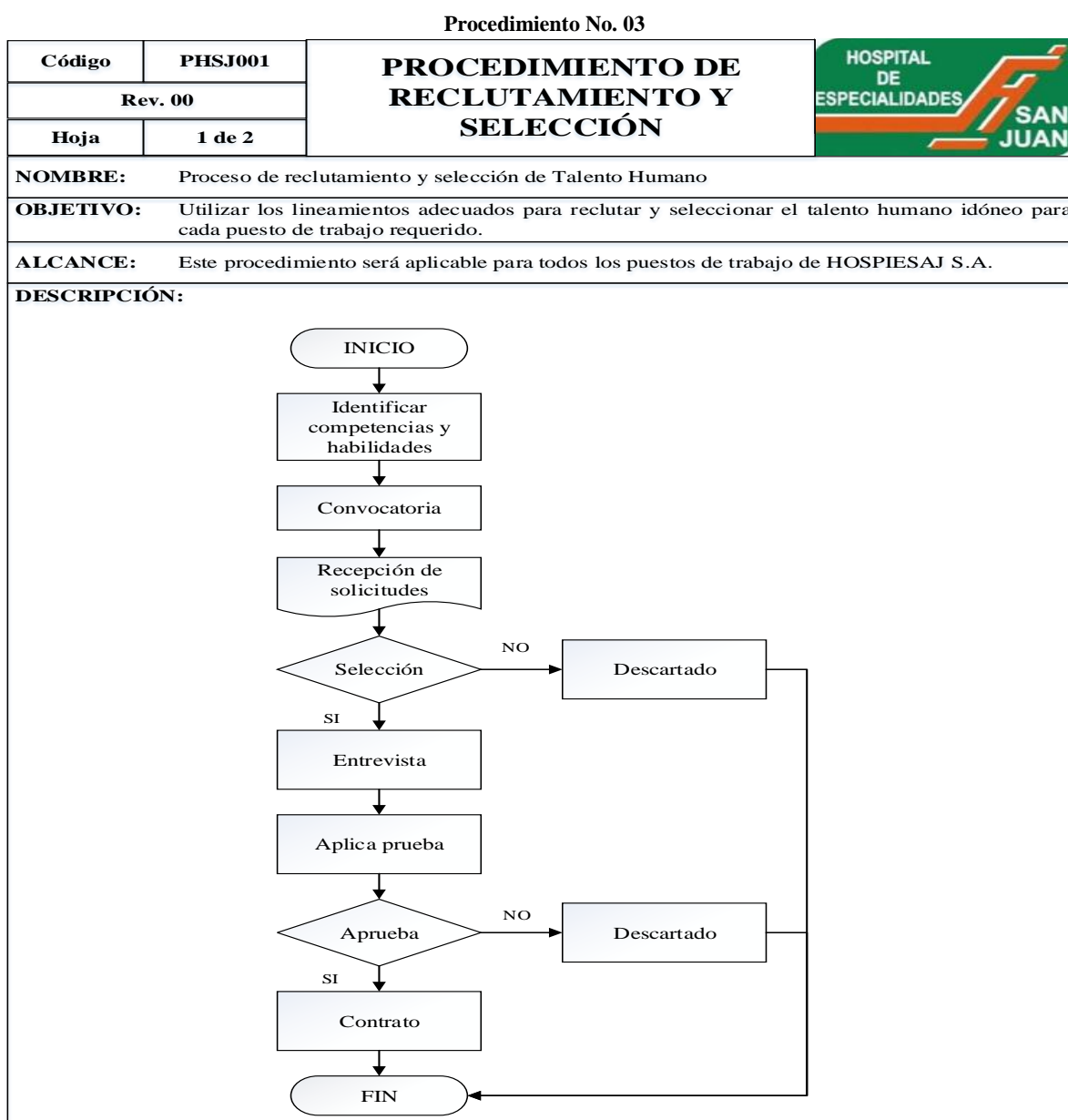
ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo


4.2.6.2 Talento humano.

4.2.6.2.1 Generalidades.


Es importante reconocer que el talento humano es la clave del éxito y lograr que el mismo sea competente. El talento humano que ejecuta directamente los servicios hospitalarios será competente en base a su:

- Educación.
- Habilidad.
- Competencias.



Código	PHSJ001	PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Identificar competencias y habilidades.		Se identifica las competencias y habilidades que van de acuerdo al perfil profesional, necesarios para el puesto de trabajo que se solicita.	Equipo de la Alta Dirección
2. Convocatoria		Se realiza la convocatoria en el Diario la Prensa y en el Ministerio de Relaciones Laborales a través de la red Socio Empleo.	Administradora
3. Recepción de solicitudes		Se recibe las solicitudes de los aspirantes al puesto de trabajo en forma digital y/o impresa.	Administradora
4. Selección		Se realiza la selección de las solicitudes que cumplen con el perfil profesional que previamente se solicito. <ul style="list-style-type: none"> • Si cumplen con las especificaciones se procede a una entrevista inicial. • Si no cumplen con las especificaciones se descarta al aspirante. 	Equipo de la Alta Dirección
5. Entrevista		Se realiza una entrevista con los aspirantes que han cumplido todas las especificaciones, para conocer sus actitudes, aptitudes, competencias y habilidades que poseen	Equipo de la Alta Dirección
6. Aplica Prueba		Se aplica prueba a los aspirantes que hayan cumplido con las especificaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Si aprueba el examen se procede con el análisis de la mejor resultado. • Si no aprueba el examen se descarta al aspirante. 	Equipo de la Alta Dirección
7. Contrato		Se realiza el análisis del mejor aspirante y se procede a firmar el contrato a plazo fijo con prueba de 90 días como indica la Ley.	Equipo de la Alta Dirección
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Código de Trabajo • Código de Salud • Reglamento Interno de HOSPIESAJ S.A. • Descriptores de puestos de HOSPIESAJ S.A. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Alta Dirección. • Administradora. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

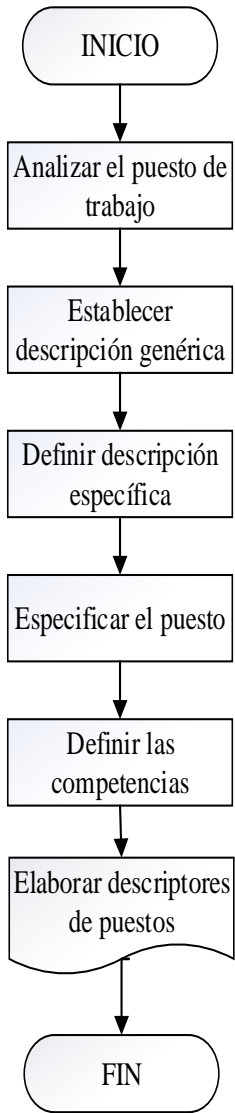
Código	PHSJ002	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE DESCRIPTOR DE PUESTOS	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		

NOMBRE: Procedimiento de elaboración de descriptor de puestos

OBJETIVO: Detallar el trabajo que debe realizar el talento humano y que funciones debe tener.


ALCANCE: Este procedimiento será aplicable para todos los puestos de trabajo de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:




```

graph TD
    INICIO([INICIO]) --> A[Analizar el puesto de trabajo]
    A --> B[Establecer descripción genérica]
    B --> C[Definir descripción específica]
    C --> D[Especificar el puesto]
    D --> E[Definir las competencias]
    E --> F[Elaborar descriptores de puestos]
    F --> FIN([FIN])
  
```

Código	PHSJ002	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE DESCRIPTOR DE PUESTOS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Analizar el puesto de trabajo		Se estudiará las tareas que incluyen cada puesto de trabajo, junto con las aptitudes, conocimientos, responsabilidades, etc.	Equipo de la Alta Dirección
2. Establecer una descripción genérica		Definir en forma resumida pero completa cuál es la misión y objetivos principales del puesto de trabajo	Equipo de Mejora Continua
3. Definir una descripción específica		Hacer una lista de actividades específicas, las cuales desempeñan continuamente en su puesto de trabajo.	Equipo de Mejora Continua
4. Especificar el puesto		Corresponde a los requisitos que el ocupante del puesto debe tener para desempeñarlo con efectividad, donde se debe tener en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad. • Conocimientos especializados. • Experiencia. • Habilidades 	Equipo de la Alta Dirección
5. Definir las competencias		Establecer un listado de competencias de acuerdo al puesto de trabajo, las mismas que deberán acoplarse al perfil requerido.	Equipo de la Alta Dirección
6. Elaborar descriptores de puestos		Todo lo analizado y estudiado plasmar y documentar para tomar en cuenta estos elementos al momento de que se proceda al reclutamiento y selección de nuevo talento humano.	Equipo de la Alta Dirección
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Código de Trabajo • Código de Salud • Reglamento Interno de HOSPIESAJ S.A. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de la Alta Dirección. • Equipo de Mejora Continua. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

A continuación se muestra un modelo de descriptor de puestos, también se puede ver más en el anexo 12.

Código	DTH002	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Administrador				
OBJETIVO: Controlar las actividades de administración, elaborando e interpretando las herramientas contables, tales como: registros, estados de cuenta, cuadros demostrativos, estados financieros, presupuesto y otras necesarias para garantizar la efectiva distribución y administración de los recursos materiales y financieros.				
REPORTA A: Gerente General				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en carreras afines a Administración de empresas y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Aplicar mecanismos de control administrativo que garanticen el adecuado registro de los ingresos y gastos. Responsable de implementar líneas de acción y estrategias que contribuyan a la optimización del talento humano y recursos materiales.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar y verificar los movimientos y registros contables, conciliaciones bancarias, cierre de cuentas y balances de comprobación. • Llevar el registro y control administrativo del presupuesto asignado. • Elaborar y analizar cuadros relacionados con el movimiento y gastos administrativos. • Supervisar y distribuir las actividades del personal a su PUESTO. • Llevar el control de los bienes y materiales. • Se encarga del control administrativo y disciplinario del talento humano. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo. • Trabajo en equipo. • Comunicación. • Formador del personal. • Manejo de conflictos. • Trabajo bajo presión. • Actitud propositiva. • Organización. • Dirección. • Supervisión. • Honestidad. • Responsabilidad. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Código	RC 002	REGISTRO DE TALENTO HUMANO	
Rev. 00			
Hoja	1 de 1		

NOMBRE: Registro de la educación, capacitación, habilidades y experiencia del Talento Humano de Hospiesaj.

OBJETIVO: Identificar el grado de educación, sus habilidades, experiencias y capacitaciones que posee el talento humano que labora en Hospiesaj S.A.

ALCANCE: Será aplicable para todo el Talento Humano que labora en Hospiesaj S.A.

DATOS DEL TALENTO HUMANO

Nombre:
Identificación:
Cargo:
Fecha de Ingreso:

EDUCACIÓN

Título de Tercer Nivel:
Título de Cuarto Nivel:
Especializaciones:
Maestrías:
PHD:

CAPACITACIONES

Cursos:
Seminarios:
Charlas:

EXPERIENCIA

Prácticas Universitarias:
Experiencia Laboral:

HABILIDADES


ELABORÓ:
María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo

REVISÓ:

APROBÓ:

FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

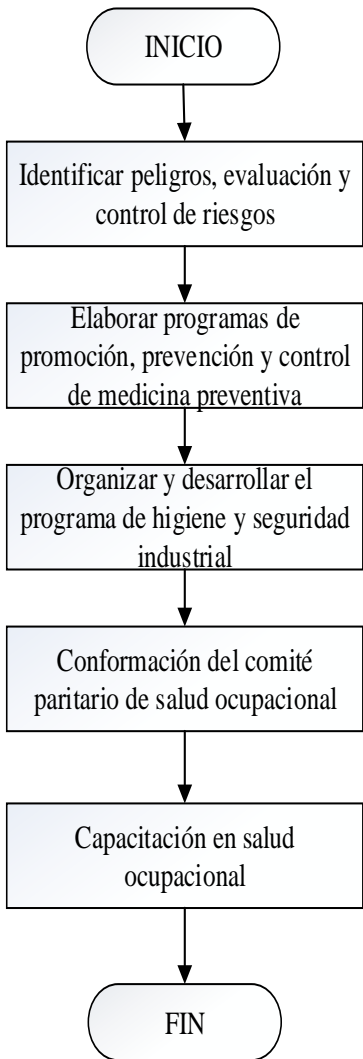
Código	PHSJ003	PROCEDIMIENTO DE SALUD OCUPACIONAL 
Rev. 00		
Hoja	1 de 3	

NOMBRE: Procedimiento de Salud Ocupacional

OBJETIVO: Proveer de seguridad y protección al talento humano para reducir factores de riesgo que tenten contra su integridad.


ALCANCE: Este procedimiento será aplicable para todos el talento humano de HOSPIESAJ S.A.


DESCRIPCIÓN:



```

graph TD
    INICIO([INICIO]) --> A[Identificar peligros, evaluación y control de riesgos]
    A --> B[Elaborar programas de promoción, prevención y control de medicina preventiva]
    B --> C[Organizar y desarrollar el programa de higiene y seguridad industrial]
    C --> D[Conformación del comité paritario de salud ocupacional]
    D --> E[Capacitación en salud ocupacional]
    E --> FIN([FIN])
  
```

Código	PHSJ003	PROCEDIMIENTO DE SALUD OCUPACIONAL	
Rev. 00			
Hoja	2 de 3		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Identificar peligros, evaluación y control de riesgos		<ul style="list-style-type: none">Realizar un análisis de los posibles peligros que existen en los sitios de trabajo.Identificar el nivel de riesgo en cada área de trabajo a través de criterios de priorización.Implementar un plan de trabajo para eliminar o disminuir los riesgos.Solicitar elementos de protección para los puestos de trabajo que lo necesiten.Capacitar al talento humano sobre los riesgos a que están expuestos.	Equipo de la Alta Dirección
2. Elaborar programas de promoción, prevención y control de medicina preventiva		<ul style="list-style-type: none">Realizar un diagnóstico sobre los problemas de salud del talento humano.Clasificar al talento humano de acuerdo al grado de riesgo que están expuestos.Implementar un plan de actividades basado en la prevención de enfermedades profesionales.Realizar un seguimiento de las actividades de promoción y prevención para dar sugerencias y recomendaciones.	Equipo de la Alta Dirección
3. Organizar y desarrollar el programa de higiene y seguridad industrial		<ul style="list-style-type: none">Inspecciones y mediciones en los lugares de trabajo.Definir un criterio de priorizaciones de riesgos (bajo, medio, alto y crítico).Efectuar seguimientos de los mantenimientos que se dan a los equipos.Elaborar un plan de emergencias y análisis de vulnerabilidades y comunicar al talento humano.Realizar un seguimiento de las actividades de higiene y seguridad ocupacional.Dar capacitación y adiestramiento al talento humano encargado de administrar el sistema de seguridad y salud ocupacional.Dar soluciones inmediatas a los riesgos críticos.	Equipo de Control
4. Conformación del comité paritario de salud ocupacional		<ul style="list-style-type: none">Convocar al talento humano para la conformación del Comité Paritario.Determinar las responsabilidades que debe tener el comité paritario.Registrar el comité paritario de seguridad e higiene de la empresa en el Ministerio de Relaciones Laborales.	Equipo de la Alta Dirección

Código	PHSJ003	PROCEDIMIENTO DE SALUD OCUPACIONAL	
Rev. 00			
Hoja	3 de 3		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
5. Capacitación en salud ocupacional		<ul style="list-style-type: none"> Dar capacitación y adiestramiento al talento humano en los siguientes ámbitos: primeros auxilios, seguridad e higiene, prevención y combate de incendios, calidad de los alimentos, supervisión de la seguridad e higiene, planes de contingencia, entre otros 	Equipo de Mejora Continua
DOCUMENTOS: <u>Reglamentos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo. Decreto ejecutivo 2393. Reglamento de manejo de desechos sólidos hospitalarios Acuerdo ministerial N° 14630. Reglamento del seguro general de riesgos del trabajo. Resolución N° Cd. 390. Reglamento para el sistema de auditoría de riesgos del trabajo - "SART": resolución N° Cd. 333. Reglamento de prevención de incendios (acuerdo 0650). Reglamento para el funcionamiento de los servicios médicos de empresas acuerdo N° 1404. Reglamento orgánico funcional del instituto ecuatoriano de seguridad social. Resolución N° Cd. 021. <u>Manuales:</u> <ul style="list-style-type: none"> Manual de requisitos y definición del trámite de aprobación del reglamento de seguridad y salud. Acuerdo N° 0203 del ministerio de relaciones laborales SIE laboral sie-lab-12/25. Manual de requisitos y definición del trámite de aprobación del reglamento de seguridad y salud. Registro oficial N° 845 <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Requisito para la aprobación de programas de capacitación no formal en seguridad y salud en el trabajo. Resolución N° 014. <u>Leyes:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ley Orgánica de salud. Ley de defensa contra incendios. Ley sobre discapacidades. Ley de seguridad social. Ley orgánica de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial. Código del trabajo. Instructivo de aplicación del reglamento para el sistema de Auditoría de riesgos del trabajo – SART. Registro oficial N° 410. <u>Normas:</u> <ul style="list-style-type: none"> Normas NFPA. Normas INEN. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> Equipo de la Alta Dirección. Equipo de Control. Equipo de Mejora Continua. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación.

Para asegurar las competencias, la toma de conciencia y la formación del talento humano que interviene en los servicios médicos y hospitalarios, el Equipo de la Alta Dirección, ejecutarán actividades relacionadas a:


- Reclutamiento, selección y contratación.
- Administración por competencias.

En la cual:

- a) Se determinará la competencia necesaria para el talento humano que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio médico y hospitalario lo cual estará indicado en los descriptores de puestos.
- b) Se proporcionará la capacitación adecuada y aplicarán otras acciones para satisfacer dichas necesidades. Evaluará la eficacia de las capacitaciones impartidas.
- c) Se asegurará que el talento humano sea consciente de la pertenencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuirán al logro del objetivo de calidad.

Con el propósito de que el talento humano sea el idóneo, eficiente y eficaz, su formación deberá ser interna y externa.

- a) **Formación interna.-** se dará por cursos internos que serán dados por el Director Médico de HOSPIESAJ S.A.
- b) **Formación externa.-** se refiere al adiestramiento que recibirán de expertos en el tema pero que no son parte de HOSPIESAJ S.A.

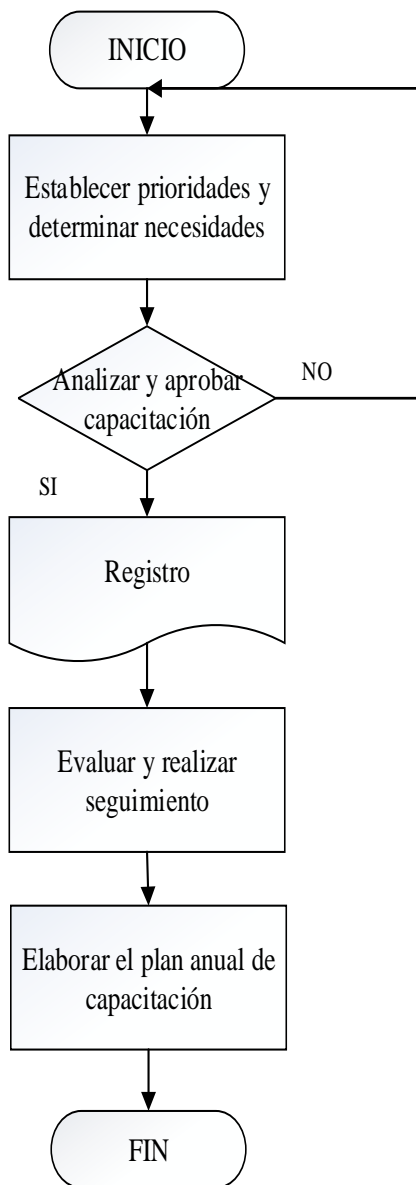
Código	PHSJ004	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		

NOMBRE: Proceso de Capacitación del Talento Humano

OBJETIVO: Establecer acciones de capacitación orientadas al fortalecimiento de la adquisición y actualización de sus conocimientos.


ALCANCE: Este procedimiento será aplicable para todos los puestos de trabajo de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:



```

graph TD
    INICIO([INICIO]) --> A[Establecer prioridades y determinar necesidades]
    A --> B{Analizar y aprobar capacitación}
    B -- NO --> A
    B -- SI --> C[/Registro/]
    C --> D[Evaluar y realizar seguimiento]
    D --> E[Elaborar el plan anual de capacitación]
    E --> FIN([FIN])
  
```

Código	PHSJ004	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Establecer prioridades y determinar necesidades.		Al solicitar capacitaciones, primero se necesitaba detectar las necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • Talento Humano recién ingresado. • Evaluación de desempeño. • Descripción de responsabilidades y funciones de cargo. • Cambios en la Ley. 	Equipo de la Alta Dirección Equipo de Mejora Continua
2. Analizar y aprobar la capacitación.		El Gerente General analiza la información y determina: <ul style="list-style-type: none"> • Si aprueba diseñará un programa de capacitación. • Si no aprueba tendrán que rediseñar la propuesta de capacitación. 	Equipo de la Alta Dirección
3. Registro.		Se elaborará un registro con la lista del talento humano que ha asistido a la capacitación para su posterior análisis.	Equipo de Mejora Continua
4. Evaluar y realizar el seguimiento.		Se evaluará la información impartida a los asistentes y se realizará un seguimiento de si integran sus nuevos conocimientos a sus labores diarias.	Equipo de Control
5. Elaborar un plan anual de capacitación.		El administrador y director médico elaborarán un plan anual de capacitaciones, el mismo que deberá ser flexible a cambios sociales.	Equipo de Mejora Continua
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Descriptores de puestos de HOSPIESAJ S.A. • Planilla del talento humano de HOSPIESAJ S.A. • Lista de asistencia. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Mejora Continua. • Equipo de la Alta Dirección. • Equipo de Control. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.6.3 Infraestructura.

Los puestos de trabajo están dotados de la infraestructura necesaria (edificios, espacios, equipo médico óptimo, equipo de computación, etc.) para cumplir los requisitos del cliente en la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

El cliente comentó que la infraestructura de HOSPIESAJ S.A., no es confortable pues existen incomodidades al momento de recibir el servicio solicitado, como son el uso de las escaleras y no del ascensor, ya que este es sólo utilizado para clientes y/o pacientes del servicio médico y hospitalario.

4.2.6.4 Ambiente de trabajo.

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., gestionará un ambiente de trabajo adecuado para que el talento humano se sienta cómodo. Este ambiente de trabajo combinará cualitativamente el talento humano y factores físicos tales como:

- a) Mobiliario y equipo de hardware y software necesario.
- b) Identificación y ubicación de los lugares de trabajo.
- c) Iluminación, ventilación y limpieza necesaria.
- d) Seguridad en el trabajo y trabajo en equipo.
- e) Ambiente apropiado y aspectos ergonómicos.

4.2.7 Prestación de servicios médicos y hospitalarios.

4.2.7.1 Planificación de la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., coordinará los procesos de:

- Prestación de servicios médicos
- Servicios médicos hospitalarios.
- Servicio de emergencia (Ver anexo 13).

Para la planificación de la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, se determinarán, cuando sea necesario:

- a) Los objetivos.
- b) El alcance que tiene el procedimiento.
- c) Las actividades requeridas.

4.2.7.2 Procesos relacionados con el cliente.


4.2.7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

El principal requisito del cliente y/o paciente es solucionar su problema de salud, mientras que los requisitos necesarios para gestionar los servicios médicos y hospitalarios estarán en la documentación del sistema que maneja el equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A. La adecuada gestión de la prestación de servicios médicos y hospitalarios, deberá estar acorde a: los “Requisitos para consultas médicas” y “Requisitos para hospitalización”.

4.2.7.2.2 Revisión de los requisitos con el servicio.

Al prestar los servicios médicos y hospitalarios se deberá tener en cuenta el cumplimiento sin excepción de todos los requisitos determinados.

Se debe considerar un registro que indique el cumplimiento de los requisitos de servicio.

Código	RCRVHSJ001	REGISTRO DE LA REVISIÓN DE LOS REQUISITOS CON EL SERVICIO			
Rev. 00					
Hoja	1 de 1				
DATOS GENERALES					
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (S)	SEXO		
			FEM	___	
			MAS	___	
N° CEDULA	DIRECCIÓN				
TELÉFONO	EDAD	TIPO DE SANGRE	FECHA		
HISTORIA CLÍNICA					
ANTECEDENTES PERSONALES					
----- ----- ----- ----- 					
MOTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA					
----- ----- ----- ----- 					
DIAGNÓSTICO (S)					
----- ----- ----- ----- 					
EVOLUCIÓN, REPORTE DE LESIONES, EN SU CASO REPORTE DE PROBABLE CAUSA DE MUERTE					
----- ----- ----- ----- 					
INDICACIONES					
----- ----- ----- ----- 					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE					

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.7.2.3 Comunicación con el cliente.

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., implementará medios de comunicación para mantener una amplia relación con el cliente. La comunicación con el cliente de los servicios médicos y hospitalarios será:

- Vía telefónica.
- Conversaciones.
- Reuniones.
- Exposiciones de propuestas.
- Citas médica.
- E-mail.
- Blog.
- Periódico Mural.

Que permitirá atender requerimientos de consultas, quejas, reclamos y comentarios sobre los servicios médicos y hospitalarios.

De esta manera se desarrolla un proceso que permite captar y analizar la retroalimentación del cliente y/o paciente, inclusive sus quejas, con el propósito de que éstas atiendan y sirvan a HOSPIESAJ S.A., para mejorar.

Para lo cual se ha creado un Blog que permitirá dar a conocer todos los servicios que oferta HOSPIESAJ S.A., además permitir conocer los comentarios y sugerencias de los clientes y/o pacientes, y demás personas que hayan recibido el servicio a su vez que deseen solicitar el mismo.

4.2.7.3 Diseño y desarrollo.

Se excluye el numeral 4.2.7.3 Diseño y Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.

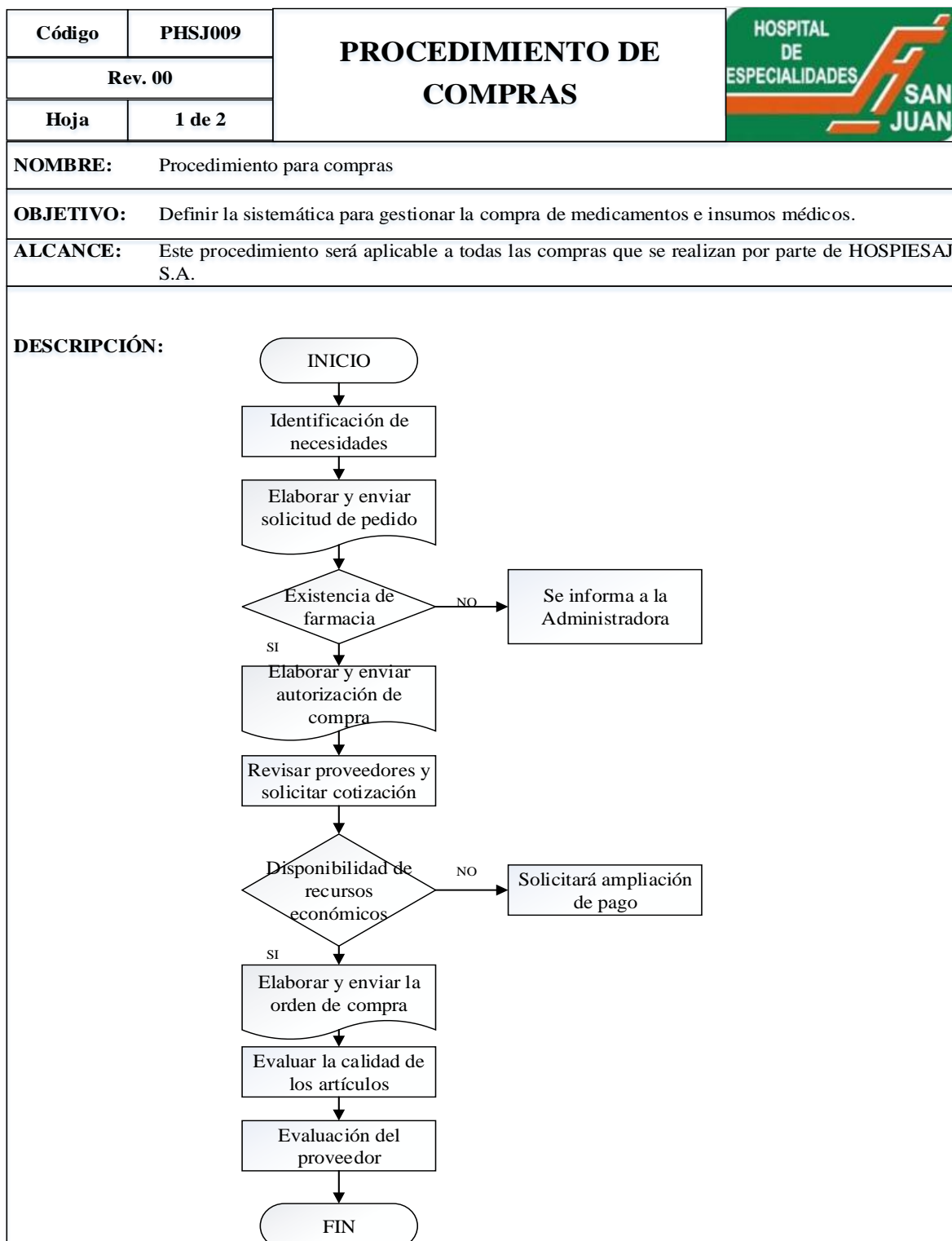
4.2.7.4 Compras.


4.2.7.4.1 Proceso de compras.

El equipo de la Alta Dirección se asegurará que los bienes adquiridos que afecten directamente la calidad de los servicios médicos y hospitalarios, cumplan los requisitos de compra especificados en la orden de compra de HOSPIESAJ S.A.

El Equipo de Mejora Continua ha establecido los criterios de selección, evaluación y reevaluación de proveedores de los servicios médicos y hospitalarios, aplicará los criterios y mantendrán registros de las evaluaciones y de cualquier acción que se tome como resultado de dichas evaluaciones.

Procedimiento No. 07



Código	PHSJ009	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Identificación de necesidades		Identificar la necesidad de abastecimiento de medicamentos y suministros médicos en las diferentes áreas de trabajo.	Equipo de Mejora Continua
2. Elaborar y enviar solicitud de pedido		Elaborar y enviar la solicitud de pedido al jefe de farmacia, identificando los artículos de consumo interno requeridos.	Equipo de Mejora Continua
3. Existencia en farmacia		Revisar la disponibilidad física de los artículos en farmacia: <ul style="list-style-type: none"> • Si hay los artículos entregar al área. • No hay se informa a la administradora. 	Jefe de Farmacia
4. Elabora y envía autorización de compra		Una vez determinado que no existen los artículos necesarios se procede con la autorización de compra de los mismos.	Equipo de Control
5. Revisar proveedores y solicitar cotización		Se revisará la base de datos de los proveedores y se pedirá al menos dos cotizaciones.	Equipo de la Alta Dirección
6. Disponibilidad de recursos económicos		Se hará un análisis de las cotizaciones con criterios de precios, calidad, tiempo de entrega y forma de pago para luego determinar la disponibilidad de recursos económicos. Si hay los recursos económicos se hará la orden de compra. No hay los recursos económicos se solicitará al proveedor una ampliación en el plazo para el pago.	Equipo de la Alta Dirección
7. Elaborar y enviar la orden de compra		Una vez definido la disponibilidad de los recursos económicos, se elabora la orden de compra y se envía al proveedor.	Equipo de la Alta Dirección
8. Evaluar la calidad de los artículos		Al momento de recibir el pedido debemos compararlos con la orden de pedido y la guía de remisión y factura del proveedor para verificar el cumplimiento de las especificaciones.	Jefe de farmacia
9. Evaluación del proveedor		Se hará un análisis de los tiempos de entrega y la calidad de artículo del proveedor.	Equipo de Control
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Norma ISO 9001:2008 • Reglamento interno de HOSPIESAJ S.A. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de la Alta Dirección. • Equipo de Mejora Continua. • Equipo de Control. • Jefe de Farmacia. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Código	RC 003	<h1 style="text-align: center;">EVALUACIÓN A PROVEEDORES</h1>	
Rev. 00			
Hoja	1 de 1		

NOMBRE: Evaluación a Proveedores de Hospiesaj S.A.

OBJETIVO: Evaluar a los proveedores de acuerdo a los parámetros de tiempos de entrega, calidad de artículo recibido, servicio al cliente y las condiciones comerciales para elaborar un diagnóstico y determinar si son adecuados o no para Hospiesaj S.A.

ALCANCE: Será aplicable para todo el Talento Humano que labora en Hospiesaj S.A.

Nombre de Proveedor	Fecha de Evaluación		
	Día	Mes	Año

PARÁMETROS A EVALUAR					
Orden de Compra	Tiempos de Entrega	Calidad del Artículo	Servicio al Cliente	Condiciones Comerciales	TOTAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
TOTALES					

CALIFICACIÓN 1-3puntos		PONDERACIÓN	NOTA:
Puntos	Concepto	Para cada orden de compra: Si es de 10 a 12 puntos = Excelente Si es de 7 a 9 puntos = Bueno Si tiene menor de 7 puntos = Regular	Si el promedio de puntos por el total de las ordenes de compra es menor a 7 es posible que se suspenda a este proveedor.
1	No cumple		
2	Cumple a medias		
3	Si Cumple		

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.7.4.2 Información de compras.

El proceso de compra se basa en una adecuada descripción del producto a comprar y quedará registrada en las órdenes de compra, debiendo cumplir, según corresponda:

- Procedimientos, procesos y equipos para su recepción.
- Requisitos de calificación del talento humano.
- Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

Registro No. 06

Código	ROCVHSJ001	ORDEN DE COMPRA			
Rev. 00					
Hoja	1 de 1				
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPI ESAJ S.A. CONTRIBUYENTE ESPECIAL RUC: 0690059835001 DIRECCIÓN: Calle Veloz y Autachi, Edificio HOSPI ESAJ S.A. TELÉFONO: 032944636 FAX: 032945871					
DATOS DEL PROVEEDOR Sr (s): _____ Código: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Forma de pago: _____ Observación: _____			DATOS DE ENTREGA Lugar de entrega: _____ Contacto: _____ Horario de entrega: _____ Fecha orden: _____ Solicitante: _____		
Cant	Descripción	Precio Unitario	I.V.A.	Total	

Fecha de recepción: _____

Administradora

Nota: Esta orden de compra corresponde a un pedido formal de los productos arriba indicados. Realice la entrega física de la misma en nuestras instalaciones, adjuntando la guía de remisión, orden de compra y factura.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.7.4.3 Verificación de los productos comprados.

Para asegurar que lo comprado cumpla con los requisitos del pedido, es necesario revisar las especificaciones de la orden de compra con la guía de remisión y factura del producto comprado.

El nivel de verificación de los productos comprados debe aplicarse de acuerdo con las necesidades específicas:

- Revisión de la mercancía con el pedido.
- Revisión contra lista de verificación.
- Aplicación de técnicas de muestreo.
- Verificación de los productos en las instalaciones del proveedor.
- Inspección visual.

4.2.7.5 Prestación del servicio.

4.2.7.5.1 Control de la prestación de los servicios.

El equipo de Control planificará y llevará a cabo la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, bajo condiciones controladas, que incluirán:

- a) Los requisitos que debe cumplir para gestionar las consultas médicas y servicios hospitalarios.
- b) Los procedimientos, instructivos, resoluciones administrativas, cuando sea necesario.
- c) El equipo apropiado en hardware y software para ejecutar los procesos.

Cuadro No. 34
Requisitos para consultas médicas

No.	REQUISITOS
1	Proporcionar datos generales.
2	Seleccionar fecha y hora con el médico o especialista a tratarse.
3	Cancelar valores correspondientes de la consulta médica.

FUENTE: HOSPIESAJ S.A.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

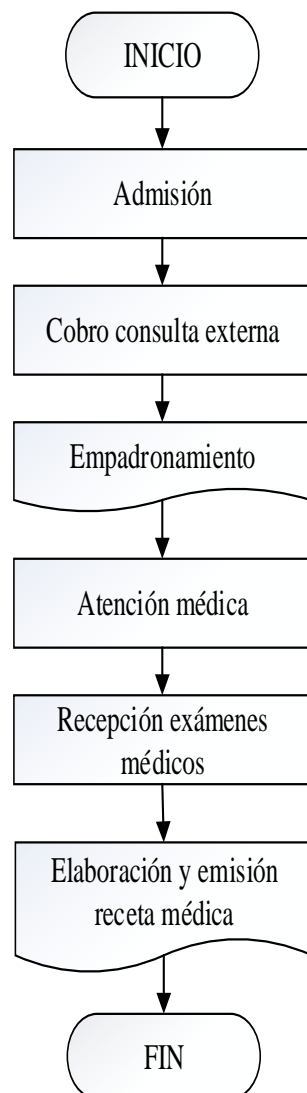
Código	PHSJ006	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		


NOMBRE: Atención Médica

OBJETIVO: Prestar atención médica a todos los clientes y pacientes que lo requieran, para ser atendidos con eficacia y eficiencia.

ALCANCE: Este procedimiento será aplicable a todas las áreas médicas de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:



Código	PHSJ006	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Admisión		Se recibe al cliente y/o paciente en recepción para interrogar el servicio que requiere.	Equipo de Mejora Continua
2. Cobro consulta externa		Se realiza el cobro por la consulta médica en caja y se entrega la factura.	Equipo de Consulta Médica Externa
3. Empadronamiento		Se obtiene los datos del cliente. Si es un nuevo cliente se crea la historia clínica, pero si es un cliente que ya ha sido atendido en HOSPIESAJ S.A., se busca la historia clínica y se procede a actualizar los datos.	Equipo de Consulta Médica Externa
4. Atención médica		Se interroga y examina al cliente. Informa al cliente sobre su posible padecimiento y se emite orden para exámenes médicos, para confirmar o negar el diagnóstico. El cliente deberá regresar con los exámenes directamente con el médico tratante.	Equipo de Consulta Médica Externa
5. Recepción exámenes médicos		Recibirá los exámenes médicos y confirma el diagnóstico que se presumió o se descarta el mismo.	Equipo de Consulta Médica Externa
6. Elaboración y emisión de receta médica		Elaborará y emitirá la receta médica conjuntamente con las instrucciones para el tratamiento de la enfermedad y la programación de la nueva cita médica, para verificar la evolución del cliente.	Equipo de Consulta Médica Externa
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento Interno de HOSPIESAJ S.A. Código de salud 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> Equipo de Mejora Continua. Equipo de Consulta Médica Externa. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Cuadro No. 35

Requisitos para hospitalización

No.	REQUISITOS
REQUISITOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN	
1	Entregar nota de médico tratante.
2	Proporcionar datos generales.
3	Seleccionar tipo de habitación que desea.
4	Informes de exámenes pre-operatorios solicitados por el médico
5	Si su ingreso se debe a un procedimiento quirúrgico y tuvo consulta con el médico Anestesiólogo, presentar evaluación pre-operatoria.
DOCUMENTOS QUE DEBE LLENAR	
1	Proporcionar datos generales (historia clínica).
2	Consentimiento y autorización de diagnóstico, tratamiento, tratamiento y/o intervención quirúrgica.
3	Solicitud para cateterismo cardiaco, angiografía, angioplastia coronaria (si se requiere).
4	Compromiso de pago inmediato y carta de responsabilidad.
5	Copia de cédula del cliente y/o paciente y persona responsable

FUENTE: HOSPIESAJ S.A.**ELABORADO POR:** María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

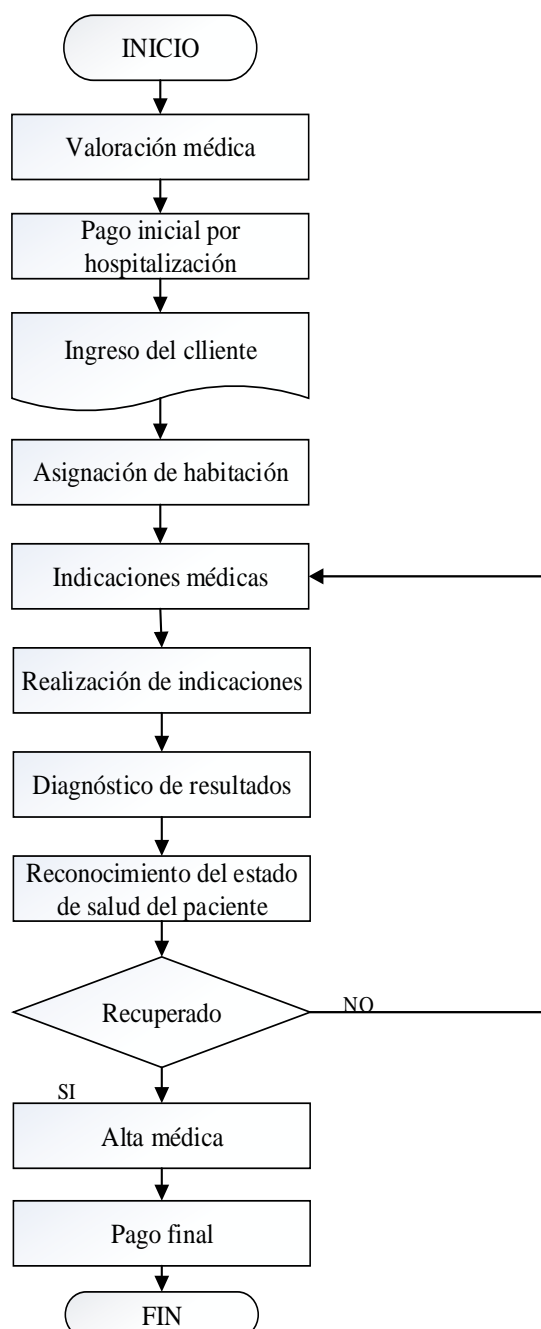
Código	PHSJ007	PROCEDIMIENTO DE SERVICIO HOSPITALARIO	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		


NOMBRE: Servicio Hospitalario

OBJETIVO: Brindar a los clientes y/o pacientes un ambiente hospitalario seguro con atención médica, de enfermería y otras áreas con el fin de obtener una pronta mejoría.


ALCANCE: Este procedimiento será aplicable a todo el talento humano de las áreas que intervienen en el servicio de hospitalización.

DESCRIPCIÓN:



Código	PHSJ007	PROCEDIMIENTO DE SERVICIO HOSPITALARIO	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Valoración médica		El médico tratante será el encargado de realizar la valoración médica del cliente y/o paciente, indicando la necesidad de hospitalización, ya sea que venga de consulta externa y/o emergencia.	Equipo de Hospitalización
2. Pago inicial por hospitalización		El cliente y/o paciente debe hacer un pago inicial de acuerdo al tratamiento interno que se le vaya a realizar.	Equipo de Hospitalización
3. Ingreso del cliente		Se ingresa al cliente y/o paciente al sistema de HOSPIESAJ S.A., y se entrega la ficha de internamiento.	Equipo de Hospitalización
4. Asignación de habitación		Se realiza el registro del cliente y/o paciente en enfermería y se asigna la habitación según sea la necesidad.	Equipo de Hospitalización
5. Indicaciones médicas		El médico visita al cliente/paciente y dicta a la enfermera las indicaciones necesarias y los cuidados que se le debe dar, y las anote en la historia clínica.	Equipo de Hospitalización
6. Realización de indicaciones		Realizar las acciones indicaciones en la historia clínica.	Equipo de Hospitalización
7. Diagnóstico de resultados		Se realiza el análisis de los exámenes médicos.	Equipo de Hospitalización
8. Reconocimiento del estado de salud del paciente		Se realiza una valoración del estado de salud del cliente y/o paciente, si está o no recuperado: SI: se procede a dar el alta médico. NO: se procederá a dar nuevas indicaciones médicas.	Equipo de Hospitalización
9. Alta médica		Se reincorpora al cliente y/o paciente a su medio habitual procurando la continuidad de los cuidados.	Equipo de Hospitalización
10. Pago final por hospitalización		Una vez dada el alta médica, el cliente/paciente o su representante deberá acercarse a tesorería para cancelar los valores pendientes y recibir la factura.	Equipo de Hospitalización
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Código de Salud • Reglamento Interno de HOSPIESAJ S.A. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Hospitalización. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Código	PHSJ008	PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		

NOMBRE: Emergencia médica


OBJETIVO: Evaluar a todos los enfermos que acuden a emergencia, dando prioridad para atención a aquellos clientes y/o pacientes en estado crítico.

ALCANCE: Este procedimiento será aplicable al área de emergencia de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:

```

graph TD
    INICIO([INICIO]) --> Triage[Triage]
    Triage --> Ingreso[Ingreso del paciente a sala de emergencias]
    Ingreso --> Control[Control de signos vitales]
    Control --> Interrogatorio[Interrogatorio al paciente]
    Interrogatorio --> Examen[Examen físico]
    Examen --> Diagnostico[Plantear diagnóstico]
    Diagnostico --> Tratamiento{Realizar tratamiento}
    Tratamiento --> Traslado[Traslado]
    Tratamiento --> TratamientoMedico[Tratamiento médico]
    TratamientoMedico --> Pago[Pago por atención en emergencias]
    Pago --> FIN([FIN])
  
```

Código	PHSJ008	PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Triage		Pregunta el motivo de la consulta y prioriza al cliente y/o paciente para ser llamado.	Equipo de Emergencias
2. Ingreso del paciente a sala de emergencia		Se llama al cliente y/o paciente en función de la prioridad u orden de llegada.	Equipo de Emergencias
3. Control de signos vitales		Se hace la medición de los signos vitales.	Equipo de Emergencias
4. Interrogatorio al paciente		Se interroga al cliente y/o paciente, y/o sus acompañantes las circunstancias del problema y antecedentes.	Equipo de Emergencias
5. Examen físico		Se realiza observaciones al cliente y/o paciente.	Equipo de Emergencias
6. Plantear diagnóstico		El diagnóstico hace referencia si se lo puede o no tratar: SI: se lo tratará si la emergencia no es crítica. NO: su emergencia sea crítica y se deba trasladarse a un área de mayor especialización o deba transferirse al cliente y/o paciente a otra entidad de salud si el caso lo requiere.	Equipo de Emergencias
7. Tratamiento médico		Se realizará el tratamiento médico curativo inicial de acuerdo al problema que se está atendiendo y posteriormente se entregará una receta médica con las medicinas e instrucciones para completar el tratamiento.	Equipo de Emergencias
8. Pago por atención en emergencias		Una vez terminada la atención en emergencia se procede a cobrar en tesorería por la servicio prestado, que incluye la consulta, instrumentos y medicinas que fueron empleadas en el paciente.	Equipo de Emergencias
DOCUMENTOS:			
<ul style="list-style-type: none">Código de SaludReglamento Interno de HOSPIESAJ S.A.			
RESPONSABLES:			
<ul style="list-style-type: none">Equipo de Emergencias.			
ELABORÓ:		REVISÓ:	
María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios.

Se excluye el numeral 4.2.7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios.

4.2.7.5.3 Identificación y trazabilidad.

Se excluye el numeral 4.2.7.5.3. Identificación y Trazabilidad.

4.2.7.5.4 Propiedad del cliente.

Los servicios médicos y hospitalarios, identificarán, receptarán, verificarán, protegerán y salvaguardarán los bienes que son propiedad del cliente, tales como datos personales e historias clínicas.

El Equipo de Control será responsable de la documentación e información que es propiedad del cliente, esta responsabilidad incluirá que se guarde la documentación físicamente e ingresará la información en el sistema de HOSPIESAJ S.A.

Dicha información recibirá un manejo confidencial y velará para que no se pierda, o se utilice de forma inadecuada.

4.2.7.5.5 Preservación de los servicios médicos y hospitalarios.

Para el proceso de los servicios médicos y hospitalarios, se utilizarán registros físicos o digitales, materiales y equipos que incidan en la calidad de los servicios, por lo que serán preservados para su utilización. Se llevará un control de registros de las consultas médicas y servicio hospitalario, mediante las historias clínicas.

4.2.7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición.

El Equipo de Mantenimiento confirmará la validez de los registros de calibración y/o verificación de los equipos médicos, para cumplir con sus aplicaciones previstas, en lo que a los servicios médicos y hospitalarios se refiera.

4.2.7.6.1 Elaboración de listas de equipo y software.

Existe un inventario de los equipos médicos y administrativos con los que cuenta HOSPIESAJ S.A., que se determina el nombre de los mismos.

4.2.7.6.2 Definición del criterio para la calibración y/o verificación y mantenimiento de equipo y software.

El Equipo de Mantenimiento establecerá el uso del equipo y su frecuencia de utilización, y se determinará el criterio de calibración y/o verificación de acuerdo con las necesidades específicas.

4.2.7.6.3 Evaluación del proveedor, acciones internas del servicio de calibración y/o verificación y mantenimiento del equipo.

El Equipo de Mantenimiento procederá a evaluar si existen condiciones necesarias para efectuar la calibración y/o verificación y mantenimiento de los equipos que tiene HOSPIESAJ S.A.

4.2.7.6.4 Definición del programa de mantenimiento y calibración y/o verificación.

El Equipo de Mantenimiento con base a la lista de equipos, y con la información de cuáles de ellos es necesario calibrar, así como el periodo de calibración y/o verificación requerida y las necesidades de mantenimiento, se elabora un programa de calibración y/o verificación y mantenimiento.

El mismo que en HOSPIESAJ S.A., se ha determinado el mantenimiento, la calibración y verificación, se lo realice mensualmente a sus equipos médicos.

4.2.7.6.5 Calibración y/o verificación y mantenimiento de equipo y/o software.

El Equipo de Mantenimiento hará la calibración y/o verificación y mantenimiento del equipo de acuerdo a lo programado. Deben establecer los cuidados necesarios para proteger los equipos contra los daños durante su manipulación, mantenimiento y almacenamiento.

4.2.7.6.6 Registros de calibración y/o verificación.

El Equipo de Mantenimiento llevará registros de la calibración y/o verificación de los equipos y del software, así como dejar evidencia de la calibración y/o verificación en el propio equipo a través de una etiqueta o cualquier otro medio que se considere adecuado. Es conveniente contar con un registro de los equipos de manera ordenada que permita verificar su historia y el estado de calibración y/o verificación.



FICHA DE CONTROL DE EQUIPO

CE 01 D02
Revisión 001
Ed. Oct. 20
Pág.

REGISTRO DE CALIBRACIÓN/ VERIFICACIÓN/ MANTENIMIENTO/ AVERÍAS			
Fecha	Motivo de Operación	Operaciones Realizadas (indicar N° de informe, si procede)	Estado (Conforme/ No Conforme) Responsable
//_			_____ _____
//_			_____ _____
//_			_____ _____
//_			_____ _____
//_			_____ _____
//_			_____ _____
//_			_____ _____

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8 Medición, análisis y mejora.

4.2.8.1 Generalidades de medición, análisis y mejora.

Equipo de Control de HOSPIESAJ S.A., planificará e implementará los procesos que formen parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad realizarán actividades de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad de los servicios médicos y hospitalarios.
- Asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mejorar permanentemente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

Los principales mecanismos para lograrlo son las acciones correctivas, las acciones preventivas y los proyectos de mejora asociados.

Cuadro No. 36
Tabla de cómo medir

QUÉ MEDIR	Tiempo en tomar datos para cita médica.
CÓMO	Mediante observación directa simulada para observar cómo se realiza el proceso en forma natural.
CUÁNDO	Muestreo aleatorio por determinado periodo.
CON QUÉ	Cronómetro.
REGISTRO	Registro de historia clínica.
ANÁLISIS DE DATOS	Verificar si cumplimos con estándar o ejecutar acciones.

FUENTE: Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México: Limusa.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.2 Seguimiento y medición

4.2.8.2.1 Satisfacción del cliente.

Medir la satisfacción del cliente y/o paciente es una de las mejores maneras para retroalimentar el sistema de calidad.

Por eso el Equipo de Control establecerá una “encuesta de satisfacción del cliente” para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción de cliente y/o paciente, con respecto al cumplimiento de sus requisitos, este documento estará junto al buzón de sugerencias para ser llenado por los clientes y/o pacientes que deseen, además considerará los comentarios de los usuarios del Blog de HOSPIESAJ S.A.

Con base a la información obtenida, se define cómo se procesa ésta y se planea la mejora, es decir, los resultados de la medición del cliente se analizan para emprender las acciones correctivas, preventivas y los proyectos de mejora que induzcan a incrementar la percepción positiva de los clientes y/o pacientes.

4.2.8.2.2 Auditoría interna de la calidad.

El Equipo de la Alta Dirección tiene la responsabilidad de mantener el procedimiento de auditoría interna de la calidad, el cuál le permitirá planificar y realizar auditorías de la calidad, para determinar si el Sistema de Gestión de Calidad:

- a) Es conforme con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad y con la Norma ISO 9001:2008.
- b) Se ha implantado y se mantiene de manera eficaz.

Las auditorías tienen diferentes alcances según las necesidades de verificación requeridas en determinado momento, por ejemplo:

- Auditoría de proceso.
- Auditoría de prestación de servicio.
- Auditoría externa.

Cuadro No. 37
Programa de auditoría

Etapas	Descripción
1	Integrar padrón de auditores de HOSPIESAJ S.A.
2	Elaborar y distribuir el programa de auditorías con base en requisitos de HOSPIESAJ S.A.
3	Asignar grupo de auditores.
4	Notificar al grupo auditor.
5	Realizar el proceso de auditoría.
6	Recibir los resultados de la ejecución de la auditoría, registrar y actualizar, en caso necesario, el programa de auditorías.
7	Revisar y registrar las evaluaciones de los auditores.

FUENTE: Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México: Limusa.

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

La calificación de los auditores puede realizarse de manera interna o externa, de acuerdo con la decisión de HOSPIESAJ S.A.

A continuación se presenta un proceso típico de selección y evaluación de auditores internos de calidad.


Cuadro No. 38
Selección y evaluación de auditores internos de calidad

Etapas	Descripción
1	Elaborar perfil de auditor con base en requisitos de la Norma ISO-19011
2	Identificar posibles auditores dentro de HOSPIESAJ S.A., de acuerdo con el perfil de auditor: experiencia y actitud.
3	Identificar brechas requeridas de capacitación y eliminar de candidatos que no cumplen con el perfil.
4	Abrir expediente dentro del padrón de auditores con resultados de la evaluación.
5	Programar y ejecutar capacitación requerida (interna o externa).
6	Recibir y registrar los resultados de la evaluación de la capacitación.
7	Realizar la evaluación continua de los auditores de acuerdo con la evaluación del desempeño de cada auditoría.
8	Registrar la evaluación en expediente.

FUENTE: Nava, V. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México: Limusa.

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

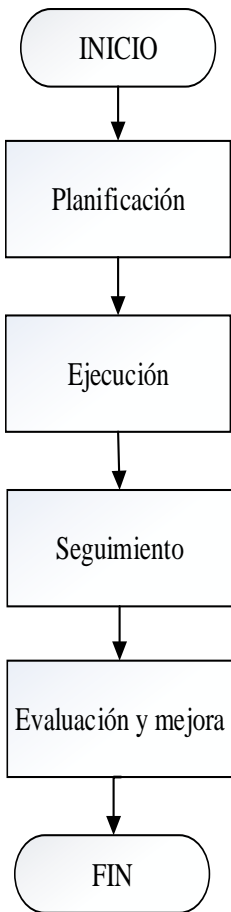
Es obligatorio desarrollar un procedimiento documentado que incluya las responsabilidades y requisitos para efectuar las auditorías, asegurar la independencia y la manera de reportar los resultados al Equipo de la Alta Dirección.

Código	PCDCHSJ003	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS 
Rev. 00		
Hoja	1 de 2	

OBJETIVO: Asistir al talento humano de HOSPIESAJ S.A., descargándoles de sus responsabilidades de forma efectiva, proporcionando análisis, valoraciones, recomendaciones, consejos e información concerniente a las actividades revisadas.


ALCANCE: Comprende el examen y valoración de lo adecuado y efectivo de los sistemas de control interno de HOSPIESAJ S.A., y de la calidad de la ejecución al llevar a cabo las responsabilidades asignadas.

DESCRIPCIÓN:




```


graph TD
    INICIO([INICIO]) --> Planificación[Planificación]
    Planificación --> Ejecución[Ejecución]
    Ejecución --> Seguimiento[Seguimiento]
    Seguimiento --> Evaluación[Evaluación y mejora]
    Evaluación --> FIN([FIN])
  
```

Código	PCDCHSJ003	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Planificación		Programa de auditoría, asignación auditor líder y equipo, revisión de documentos, preparación listas de chequeo, elaboración plan de auditoría.	Equipo de la Alta Dirección
2. Ejecución		Reunión de apertura, búsqueda de información, identificación de hallazgos de no conformidades, reunión de cierre, entrega de informe final.	Equipo de la Alta Dirección
3. Seguimiento		Planes de mejora, definir responsables, fechas de ejecución, cierre de no conformidades.	Equipo de la Alta Dirección
4. Evaluación y mejora		Ajuste del programa de auditoría, evaluación de desempeño de auditorías.	Equipo de la Alta Dirección
DOCUMENTOS:			
<ul style="list-style-type: none">• Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA).• Normas Ecuatorianas sobre Auditorías (NEA).			
RESPONSABLES:			
<ul style="list-style-type: none">• Equipo de la Alta Dirección.			

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Código	RC 004	REGISTRO DE AUDITORIAS	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		
NOMBRE: Registro de Auditorias de Hospiesaj S.A.			
OBJETIVO: Identificar el nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 de Hospiesaj S.A.			
ALCANCE: Será aplicado a todo el Sistema de Gestión de Calidad de Hospiesaj S.A.			
RESULTADOS DE LA AUDITORÍA			
		Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje de Brecha
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD 4.1. Requisitos Generales 4.2. Requisitos de la documentación 4.2.1 Generalidades 4.2.2 Manual de Calidad 4.2.3 Control de los documentos 4.2.4 Control de registros 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN 5.1. Compromiso de la dirección 5.2. Enfoque al cliente 5.3. Política de la Calidad 5.4. Planificación 5.4.1 Objetivos de la Calidad 5.4.2 Planificación del SGC 5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación 5.5.1 Responsabilidad y autoridad 5.5.2 Representante de la dirección 5.5.3 Comunicación interna 5.6. Revisión por la Dirección 5.6.1 Generalidades 5.6.2 Información para la revisión 5.6.3 Resultados de la revisión 6. GESTIÓN DE RECURSOS 6.1. Provisión de recursos 6.2. Talento Humano 6.2.1 Generalidades 6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación 6.3. Infraestructura 6.4. Ambiente de trabajo 7. PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.1. Planificación de la prestación del servicio 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio 7.2.2 Revisión de los requisitos con el servicio 7.2.3 Comunicación con el cliente 7.4. Compras 7.4.1 Proceso de compras 7.4.2 Información de las compras 7.4.3 Verificación de los productos/servicios comprados			

Código	RC 004	REGISTRO DE AUDITORIAS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje de Brecha
7.5. Producción y prestación del servicio 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio 7.5.4 Propiedad del cliente 7.5.5 Preservación del producto 7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y medición 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA 8.1. Generalidades 8.2. Seguimiento y medición 8.2.1 Satisfacción del cliente 8.2.2 Auditoría interna 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio 8.3. Control del servicio no conforme 8.4. Análisis de datos 8.5. Mejora 8.5.1 Mejora continua 8.5.2 Acción correctiva 8.5.3 Acción preventiva			

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.

Con el propósito de verificar si el proceso resultó eficiente es conveniente medirlo.

Por ello el Equipo de Control realizará el seguimiento y medición de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, a través del “Mapa de proceso con indicadores” y de la matriz de indicadores de procesos.

- La capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.
- La capacidad de ejecutar las acciones correctivas que sean necesarias para lograrlos.

4.2.8.2.4 Seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios.

El seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios se efectuarán en las unidades en donde se procese la información para verificar que se cumpla con los requisitos establecidos y el comportamiento del servicio a través del proceso.

Para medir la conformidad, se seleccionan los puntos de verificación en los cuales se medirán los resultados para compararlos con las expectativas. Se pueden verificar tanto las entradas como las salidas en cada etapa del proceso. Después se efectúa un análisis para determinar cuáles de esos puntos es necesario verificar para determinar la conformidad del servicio médico y de hospitalización.

4.2.8.3 Control de los servicios médicos y hospitalarios.

El seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios se realizará en unidades donde se procese la información para verificar que se cumpla con los requisitos ya definidos.

La unidad en donde se produzca la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, será responsable de tomar la acción correctiva y verificar la efectividad de lo realizado, aplicando lo especificado.

Las maneras para combatir con el servicio que se encuentre fuera de los requisitos del cliente y/o paciente son las siguientes:

- Eliminar la no conformidad detectada a través de reproceso o cualquier otra medida.
- Tomar acciones para recuperar su uso original.

Código	RC 005	Encuesta de Satisfacción del cliente de la prestación de servicios médicos y hospitalarios	
Rev. 00			
Hoja	1 de 1		
NOMBRE: Encuesta de satisfacción del cliente y/o paciente, de la prestación de servicios médicos y hospitalarios de HOSPIESAJ S.A.			
OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción de los clientes y/o pacientes que han recibido el servicio ofertado por HOSPIESAJ S.A.			
ALCANCE: Será aplicable para todos los clientes y/o pacientes que deseen utilizar el buzón de comentarios y sugerencias de HOSPIESAJ S.A.			
ENCUESTA DIRIGIDA A CLIENTES DE HOSPIESAJ S.A.			

1. Si le dieron indicaciones en una receta
¿Están escritas en forma clara para usted? Si ☐ No ☐ No aplica ☐

2. ¿El médico que lo atendió le explico los cuidados a seguir en su casa? Si ☐ No ☐ No aplica ☐

3. ¿Las tarifas establecidas por HOSPIESAJ S.A. para la atención, están a su alcance? Si ☐ No ☐ No opina ☐

4. ¿El horario de atención de HOSPIESAJ S.A. le parece conveniente? Si ☐ No ☐ No opina ☐

Si es No, ¿que horario prefiere? _____

5. El tiempo que usted espero para ser atendido fue: Mucho ☐ Adecuado ☐ Poco ☐

6. ¿Le parecieron cómodos los ambientes de HOSPIESAJ S.A.? Si ☐ No ☐ No opina ☐

7. En términos generales, ¿Ud., siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención médica? Si ☐ No ☐ No opina ☐

8. En términos generales, ¿Ud., se siente satisfecho con la atención recibida? Si ☐ No ☐ No opina ☐

¿Por que? _____

Opiniones y sugerencias sobre la atención recibida

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.4 Análisis de los datos

El Equipo de Control recolectará y analizará los datos relacionados a:

- a) La satisfacción del cliente y/o paciente.
- b) La conformidad con los requisitos de los servicios de recaudaciones y pagos.
- c) Las características y tendencia de los procesos.
- d) Los proveedores.

Con la finalidad de:

- Demostrar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- Determinar las oportunidades de mejorar el Sistema de Gestión de Calidad.
- Tomar acciones preventivas y correctivas.

4.2.8.5 Mejora

4.2.8.5.1 Mejora continua.

El Equipo de Mejora Continua mejorará la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad mediante la política de la calidad, los objetivos de la calidad, las auditorías internas de la calidad, el análisis de datos, las acciones preventivas/correctivas y la revisión por la dirección.

Los sistemas de calidad tienen como propósito fundamental generar un ciclo que permita la mejora. El Equipo de Mejora Continua deberá implementar un plan de mejoramiento continuo que esté basado en lo siguiente:

- Comunicación con el cliente y/o paciente, para conocer si existen nuevos requerimientos.
- Capacitación del talento humano.
- Informes del sistema de gestión de calidad.

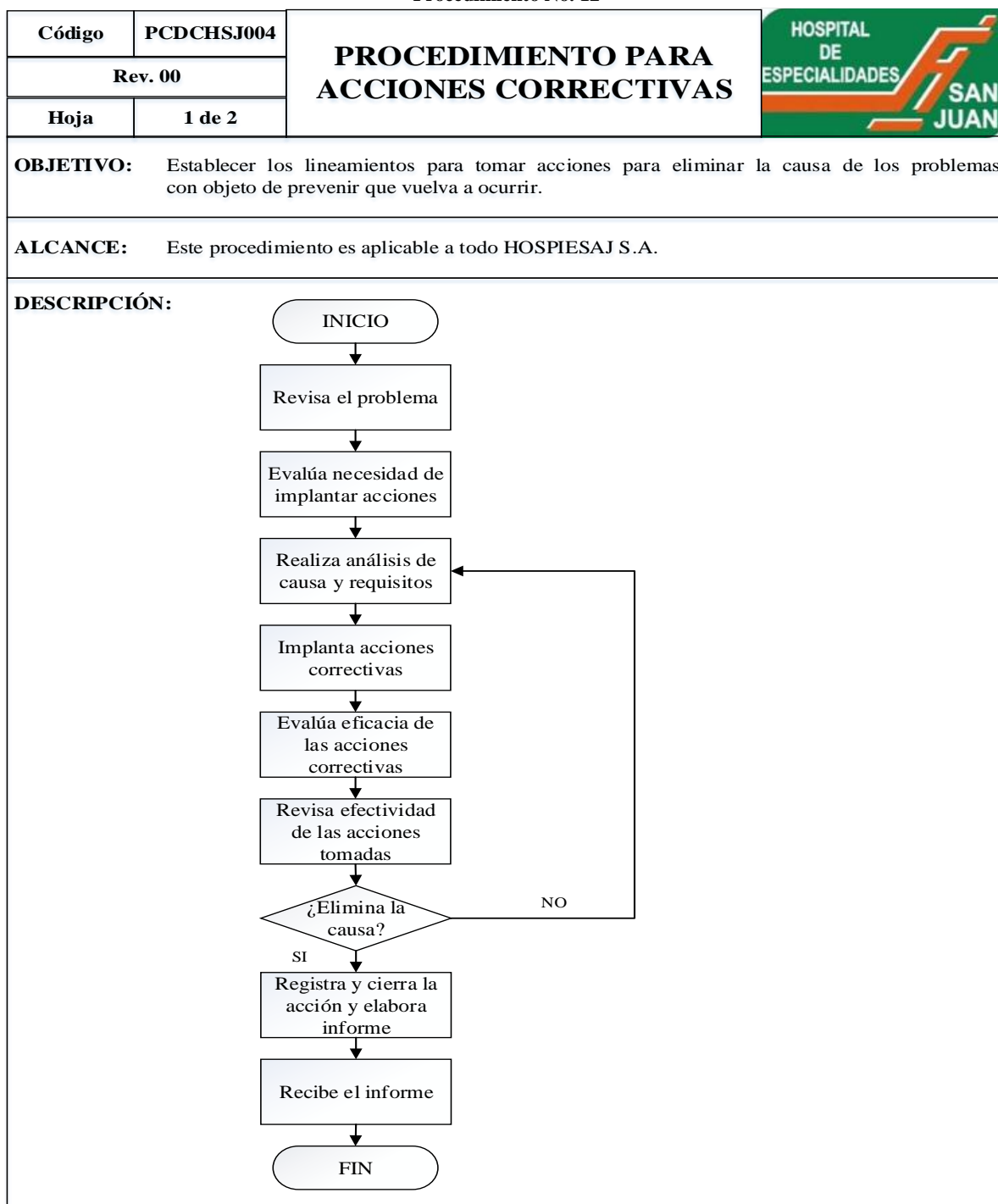
4.2.8.5.2 Acciones correctivas.


El Equipo de Control después de establecer el control de servicios médicos y hospitalarios, deberá identificar cuáles son los problemas que surgen en el Sistema de Gestión de Calidad, para lo cual deberán tomar acciones correctivas, dirigidas a los

resultados negativos obtenidos, debiendo actuar de manera inmediata contra ellos o a su vez eliminarlos.


Además deberá analizarse en qué grado se está cumpliendo con el sistema de gestión de calidad, identificando el porcentaje de cumplimiento de los objetivos de calidad.

Procedimiento No. 12



Código	PCDCHSJ004	PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Revisa el problema		Revisa el problema detectado derivada de las fuentes declaradas en la política de calidad e informa al equipo de la alta dirección.	Equipo de la Alta Dirección
2. Evalúa necesidad de implantar acciones		Analiza el problema detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una acción correctiva.	Equipo de la Alta Dirección
3. Realiza análisis de causa y requisitos del procedimiento		Identifica la causa raíz que dio origen al problema y solicita al área responsable evalúe la necesidad de abrir un procedimiento de acción correctiva, si es necesario	Equipo de la Alta Dirección
4. Implanta acciones correctivas		Implanta acciones con el fin de prevenir que el problema vuelvan a ocurrir, da seguimiento a las acciones implementadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado.	Equipo de la Alta Dirección
5. Evalúa eficacia de acciones correctivas		Recibe el informe de los resultados de las acciones y requisitos, con el fin de llevar un control del estado que guardan las acciones implantadas.	Equipo de la Alta Dirección
6. Revisa efectividad de las acciones tomadas.		Revisa la efectividad de las acciones correctivas implantadas, e informa al responsable: SI: son efectivas informa para que registre el avance y/o cierre el procedimiento. NO: son efectivas realiza un nuevo análisis.	Equipo de la Alta Dirección
7. Registra y cierra de procedimiento y elabora informe		Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100% se cierra el procedimiento e informa el estado de las acciones.	Equipo de la Alta Dirección
8. Recibe información		Recibe el informe sobre el estado que guardan las acciones correctivas para proponer y establecer acciones de mejora al sistema	Equipo de la Alta Dirección
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Calidad. Informes de auditoría. Registro de acciones correctivas. 			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none"> Equipo de la Alta Dirección. 			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

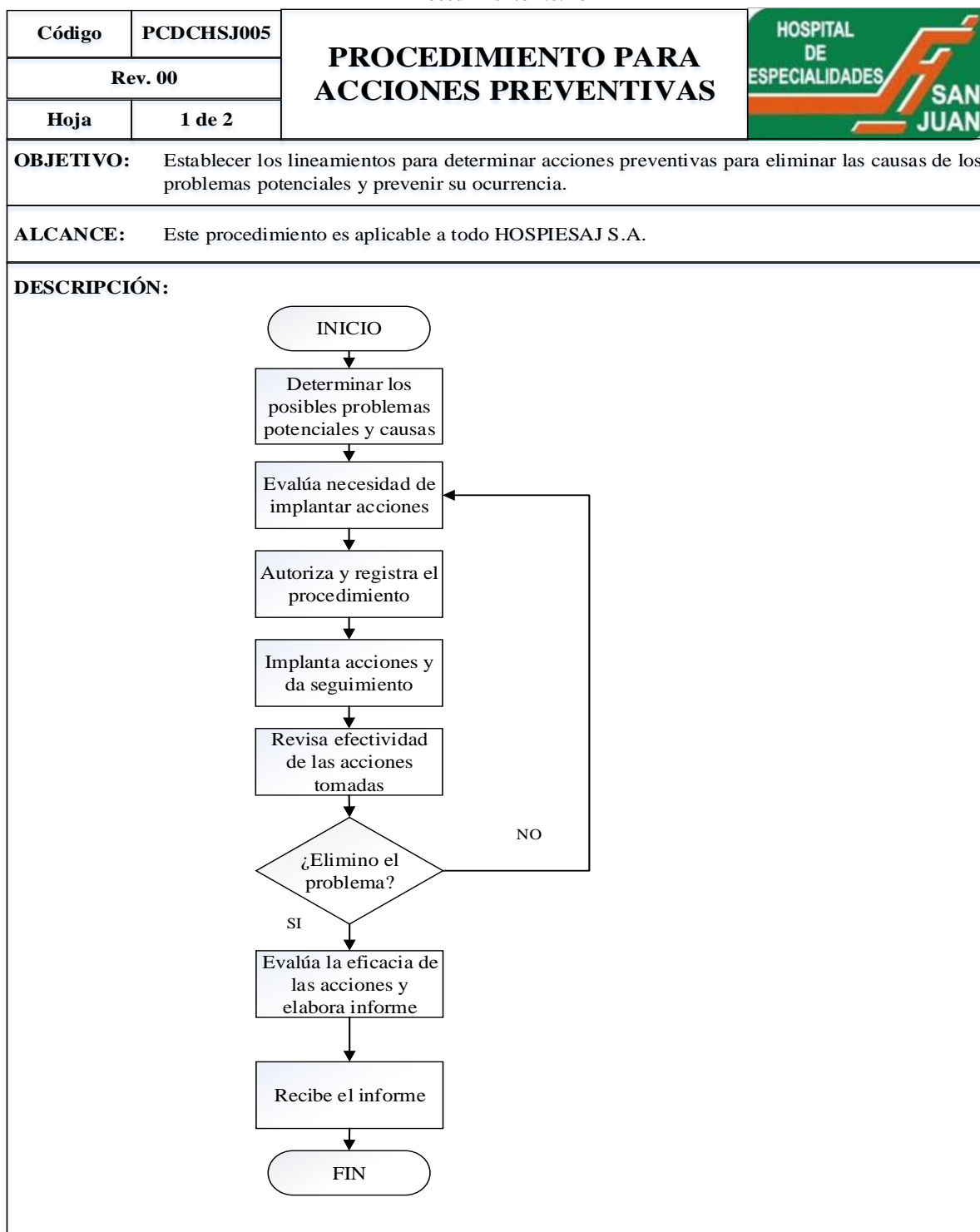
Código	RC 006	<h1>ACCIONES CORRECTIVAS</h1>	
Rev. 00			
Hoja	1 de 1		
NOMBRE: Registro de Acciones Correctivas de Hospiesaj S.A.			
OBJETIVO: Determinar, investigar y establecer acciones de mejora para dar solución a un problema de Hospiesaj S.A.			
ALCANCE: Será aplicado por la Alta Dirección de Hospiesaj S.A.			
ACCIONES CORRECTIVAS			
Descripción del problema			
Investigación de la causas			
Establecer acciones de mejora			
Seguimiento y evaluación de efectividad			
Cierre y elaboración de informe			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	


ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.5.3 Acciones preventivas.

El Equipo de la Alta Dirección deberá identificar posibles problemas que puedan afectar al Sistema de Gestión de Calidad y tomar acciones para que estas no sucedan.

Procedimiento No. 13



Código	PCDCHSJ005	PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVAS	
Rev. 00			
Hoja	2 de 2		
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Determina los posibles problemas y sus causas		Da seguimiento a los procesos y procedimientos, revisando registros de calidad y detecta posibles desviaciones de operación de los mismos.	Equipo de la Alta Dirección
2. Evalúa necesidad de implantar acciones y requisitos		De acuerdo al análisis hecho en el punto anterior determina la necesidad de realizar una acción preventiva.	Equipo de la Alta Dirección
3. Revisa y registra el procedimiento		Recibe el procedimiento del área responsable lo autoriza, asigna folio y registro para su control. Armando expediente por área responsable para su control.	Equipo de la Alta Dirección
4. Implanta acciones y da seguimiento		Da seguimiento a las acciones implantadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado. Se registra los resultados de las acciones tomadas e informa de manera periódica acerca delos resultados de las acciones tomadas.	Equipo de la Alta Dirección
5. Revisa eficacia de las acciones implantas		Recibe el informe de resultados de las acciones y revisa la efectividad de las acciones preventivas: SI: son efectivas informa para que se registre el avance y/o cierre. NO: son efectivas se vuelve a evaluar la necesidad.	Equipo de la Alta Dirección
6. Evalúa la eficacia de las acciones y elabora informe		Evalúa la eficacia de las acciones y requisitos, para llevar un control del estado que guardan las acciones implementadas por lo que solicita que se revise dicha efectividad.	Equipo de la Alta Dirección
7. Recibe informe		Recibe el informe de las acciones preventivas y su efectividad para su conocimiento.	Equipo de la Alta Dirección
DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none">Manual de Calidad.Informes de auditoría.Registro de acciones preventivas.			
RESPONSABLES: <ul style="list-style-type: none">Equipo de la Alta Dirección.			
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:	
APROBÓ:		FECHA:	

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Código	RC 007	<h1 style="text-align: center;">ACCIONES PREVENTIVAS</h1>	
Rev. 00			
Hoja	1 de 1		
NOMBRE: Registro de Acciones Preventivas de HOSPIESAJ S.A.			
OBJETIVO: Tomar acciones de mejora idóneas para dar solución a un problema de HOSPIESAJ S.A.			
ALCANCE: Será aplicado por la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A.			
ACCIONES PREVENTIVAS			
Descripción del problema			
Establecer acciones de mejora			
Seguimiento y evaluación de efectividad			
Elaboración de informe			

ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6 Proceso de mejora continua.

4.2.8.6.1 Formulación del proceso de mejora continua.

Proceso de Mejora Continua para optimizar el servicio en emergencia médica.

4.2.8.6.1.1 Enunciado general.

En base a la observación y por la colaboración de los clientes y/o pacientes, y el Gerente de HOSPIESAJ S.A., se ha podido evidenciar problemas en la prestación del servicio tales como:

- No cuenta con registros de los procesos que se incurren para la prestación del servicio.
- No existe talento médico especializado, pues el que atiende en la sala de emergencias son estudiantes cursando prácticas estudiantiles y solo atiende un médico titulado cuando se trata de un caso grave de salud, que no puede ser atendido por el practicante.
- Falta de conocimiento de algunos colaboradores por falta de capacitación previa.
- No existe un control de inventarios del equipo médico en el área de emergencias.

Estos problemas conllevan a que HOSPIESAJ S.A. tenga complicaciones en el momento de atender a sus clientes y/o pacientes por la falta de experiencia como lo es de tener a un médico titulado y conocimientos en la práctica médica. Siendo esta la queja principal de los clientes y/o pacientes por lo que se ha visto en la necesidad de implementar un Proceso de Mejora Continua.

4.2.8.6.1.2 Compromiso de mejora.

El Equipo de la Alta Dirección consiente de la necesidad de mejorar constantemente, se compromete a controlar que el Sistema de Gestión de Calidad se lleve a cabo con eficiencia y eficacia.

4.2.8.6.1.3 Justificación.

El proceso de mejora continua supone cambios en los comportamientos del talento humano que integra HOSPIESAJ S.A. Un plan de mejora de incentivar las

modificaciones requeridas en los procesos, ya que de esta manera se logrará la calidad dando cumplimiento a las expectativas y requerimientos del cliente y/o pacientes.

4.2.8.6.1.4 Miembros del equipo de mejora continua.

Los miembros del equipo de mejora continua serán:

- Director médico.
- Director técnico.
- Director administrativo.
- Administradora.

4.2.8.6.1.5 Objetivos.

4.2.8.6.1.5.1 Objetivo general.

Mejorar la seguridad del paciente atendido en el área de emergencias para lograr la satisfacción máxima de los clientes y/o pacientes a través del proceso de mejora continua.

4.2.8.6.1.5.2 Objetivos específicos.

- Definir al talento humano adecuado, responsable y titulado para que atienda en el área de emergencias.
- Definir el proceso adecuado para prestar el servicio en el área de emergencias.
- Establecer un registro de inventario médico en el área de emergencias con un responsable del mismo.

4.2.8.6.1.5.3 Objetivos cualitativos.

- Dar capacitación al talento humano responsable del área de emergencias.
- Corregir constantemente el proceso en la prestación del servicio de emergencias.
- Verificar que el área de emergencias siempre esté en óptimas condiciones para su funcionamiento.

4.2.8.6.1.5.4 Objetivos cuantitativos.

- Mejorar en un 90% el uso de los inventarios médicos en el área de emergencias.

- Reducir el tiempo de espera de llegada del médico titulado al área de emergencias.

4.2.8.6.1.6 Alcance.

El Proceso de Mejora Continua se realizará en el área de emergencias ya que se requiere dar acciones inmediatas para dar soluciones oportunas a los problemas hallados.

4.2.8.6.1.7 Fecha estimada de cumplimiento.

El Proceso de Mejora Continua tendrá un tiempo estimado de 3 meses.

4.2.8.6.1.8 Razones para trabajar con el proceso de mejora continua.

- Eliminar el tiempo improductivo.
- Hacer el trabajo más fácil: con menos esfuerzo, con menos dificultades.
- Reducir desperdicio de material.
- Garantiza calidad.
- El compromiso de la mejora continua involucra al talento humano.

4.2.8.6.1.9 Medir el impacto.

Conociendo los problemas hallados en el área de emergencias, se ha concluido que los clientes y/o pacientes no se encuentran totalmente satisfechos por el servicio recibido, pues no cumplen con la calidad y tiempo deseado. Esto se lo pudo deducir de las encuestas realizadas a los clientes y/o pacientes, y por nuestra observación.

4.2.8.6.2 Diagnóstico de la situación actual.

La situación actual de HOSPIESAJ S.A., es la siguiente:

- El talento humano que atiende en el área de emergencias no es titulado, por lo tanto no tiene suficientes conocimientos y experiencia.
- La atención de un médico titulado en emergencias no es inmediata.
- El control de medicamentos del área de emergencias no es adecuado, pues no existe un registro de uso.
- No cuenta con registros de los procesos en el servicio de emergencia médica.

4.2.8.6.2.1 Análisis de factores.

Cuadro No. 39
Análisis de factores

FACTORES	NIVEL DE CALIDAD		PRODUCTIVIDAD	
	SERVICIO	PROCESO	EFICAZ	EFICIENTE
Talento Humano	Bueno	Bueno		Bueno
Insumos y Equipos Médicos	Bueno	Bueno	Bueno	
Ambiente de Trabajo	Bueno	Bueno		Bueno
Medición	Bueno	Bueno	Bueno	
Métodos de trabajo	Muy Bueno	Bueno	Bueno	

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.2.2 Análisis del flujo grama del proceso.

Cuadro No. 40
Análisis del flujo grama del proceso

ACTIVIDADES	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
Triage médico		X		
Ingreso del paciente	X			
Control de signos vitales		X		
Interrogatorio del paciente			X	
Examen físico		X		
Diagnóstico			X	
Tratamiento médico		X		
Curación		X		

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.2.3 Análisis del problema.

Cuadro No. 41
Análisis del problema

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Talento Humano	Falta de capacitación, conocimientos y experiencia
Insumos Médicos	Falta de control en los inventarios
Proceso del Servicio de Emergencia	No existe documentado el proceso del servicio de emergencia

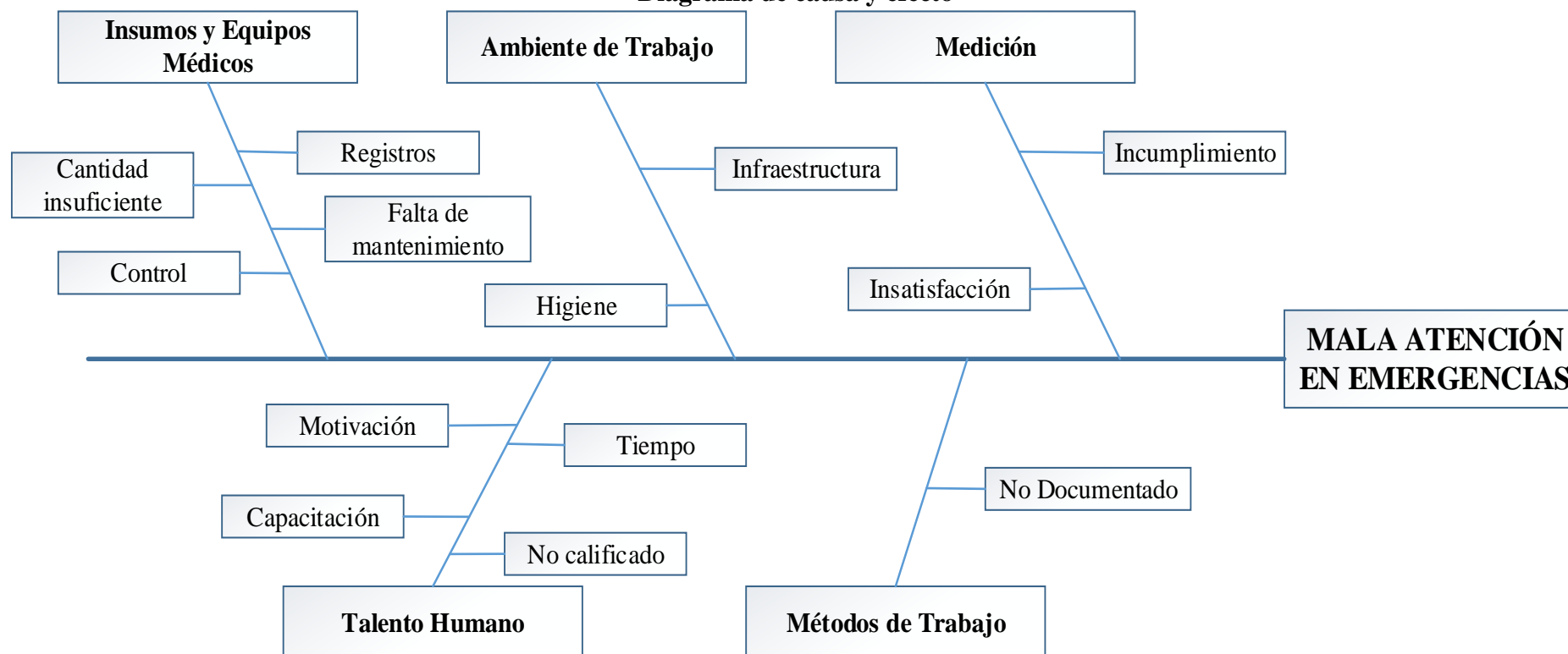
FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.3 Análisis de las causas.

Después de un análisis situacional de HOSPIESAJ S.A., se pudo conocer las causas por las que el talento humano que atiende en el área de emergencias no es el idóneo, y cuando se trata de esperar a un médico titulado porque el tiempo de espera es demasiado.

Figura No. 36
Diagrama de causa y efecto

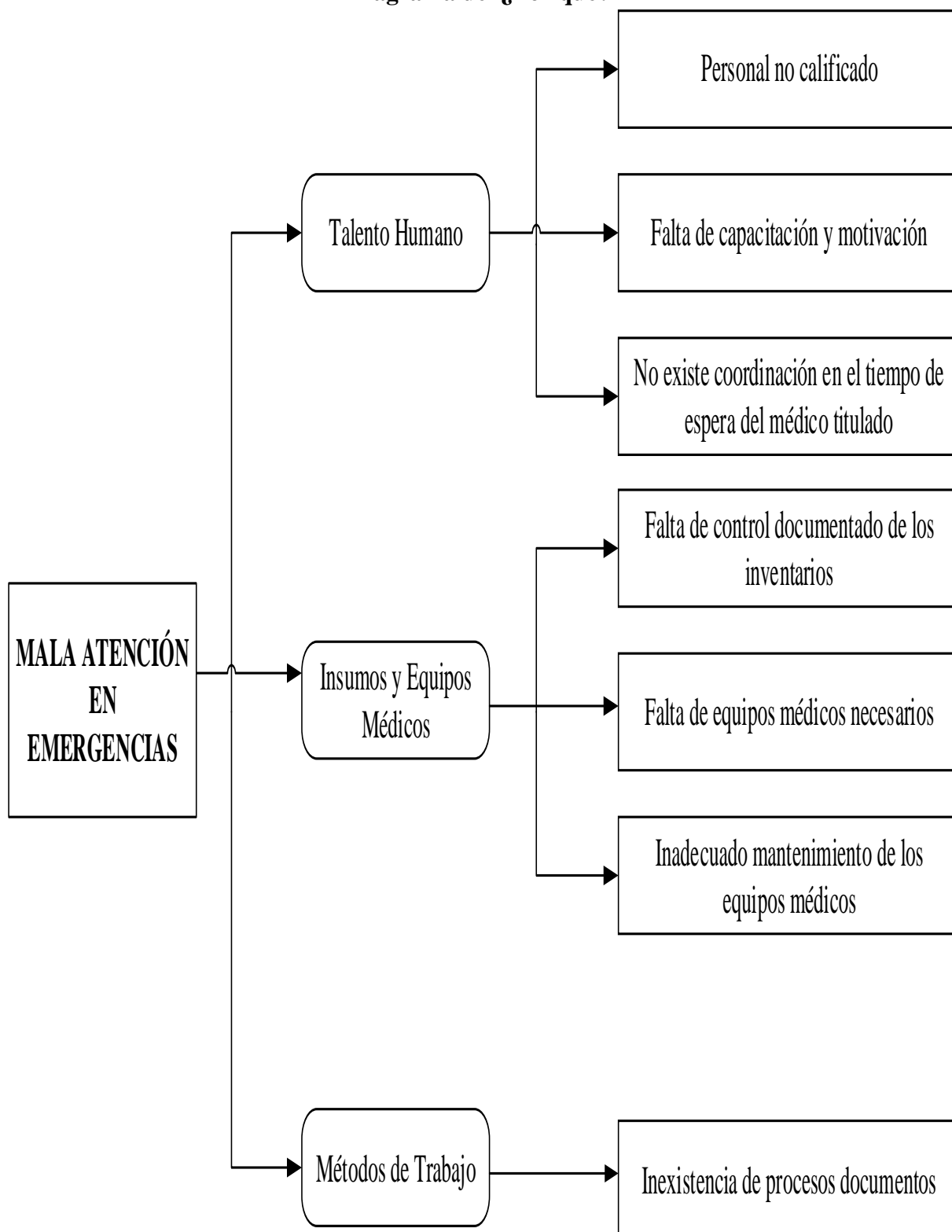


FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.3.1 Diagrama del ¿Por qué?

Figura No. 37
Diagrama del ¿Por qué?



FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.4 Diseño y selección y soluciones.

4.2.8.6.4.1 Diagrama de Pareto.

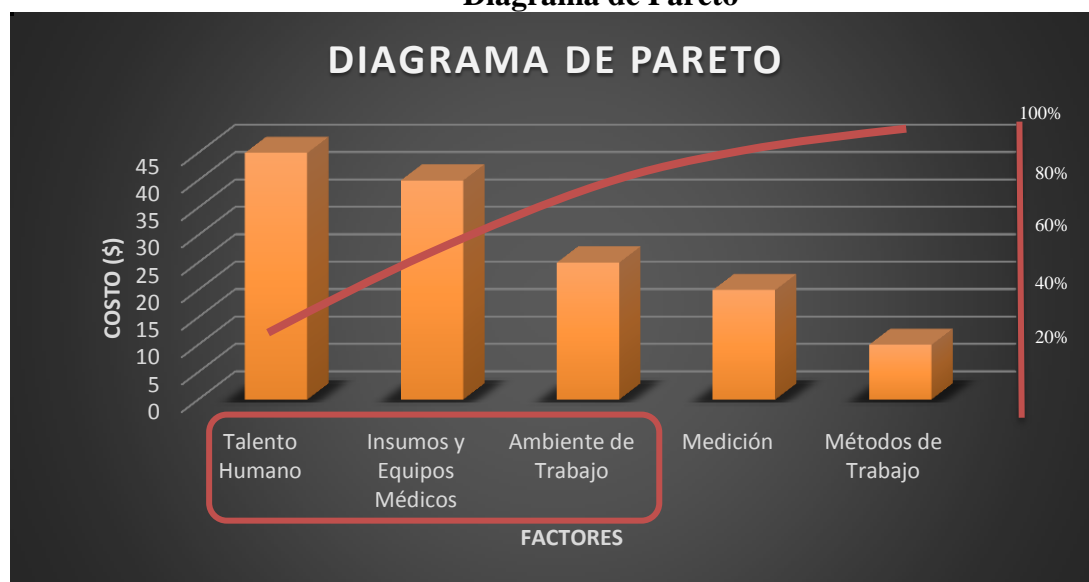
Cuadro No. 42
Diagrama de Pareto

No.	CAUSA	COSTOS (\$)	CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL %	CONTRIBUCIÓN ACUMULADA %
1	Talento Humano	45	32%	32%
2	Insumos y Equipos Médicos	40	29%	61%
3	Ambiente de Trabajo	25	18%	79%
4	Medición	20	14%	93%
5	Métodos de Trabajo	10	7%	100%
TOTAL		140	100%	

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Figura No. 38
Diagrama de Pareto

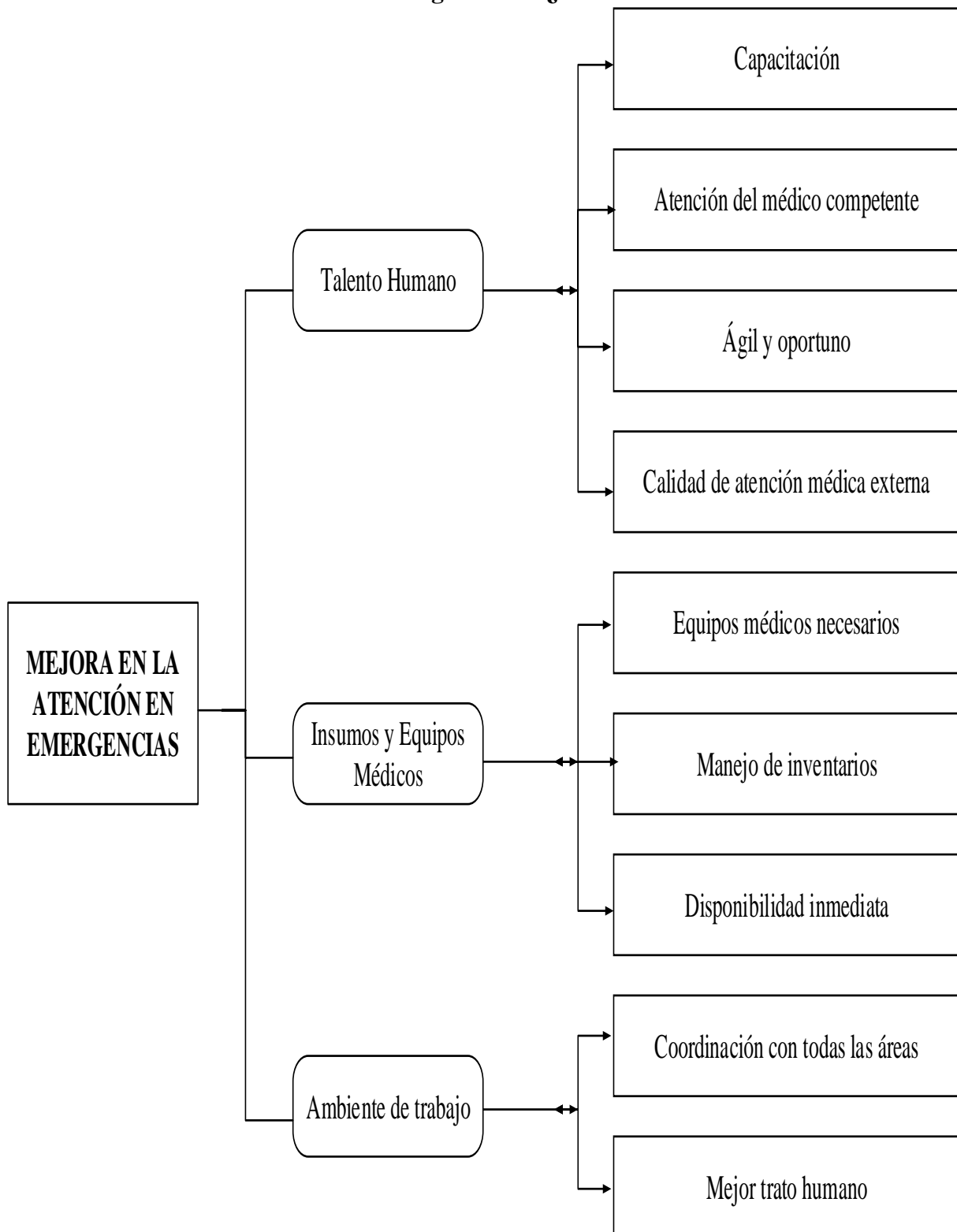


FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.4.2 Diagrama del ¿Cómo?

Figura No. 39
Diagrama del ¿Cómo?



FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.4.3 Plan de Mejora.

Cuadro No. 43
Plan de mejora

FACTOR	ACCIÓN	COSTO	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
TALENTO HUMANO	Capacitación	160,00	16 horas	Director Médico
	Atención por médico competente	-	1 semana	Médico General
	Ágil y oportuno	1,00	1 semana	Recepcionista
	Calidad en atención en emergencias	-	1 mes	Médico General / Practicantes
INSUMOS Y EQUIPOS MÉDICOS	Implementación de equipos médicos	175,00	3 meses	Administradora
	Control en el manejo de inventarios	1,00	1 semana	Enfermeras
	Disponibilidad inmediata	-	3 meses	Enfermeras / Médico General
AMBIENTE DE TRABAJO	Coordinación con todas las áreas	-	1 mes	Administradora
	Mejor trato humano	25,00	1 mes	Médico General / Practicantes / Enfermeras
		362,00		

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.5 Implementación.

Se hará el análisis de la implementación por fines didácticos.

Cuadro No. 44
Diagrama de Gantt

Id.	Nombre de tarea	feb 2015				mar 2015				abr 2015			
		1/2	8/2	15/2	22/2	1/3	8/3	15/3	22/3	29/3	5/4	12/4	19/4
1	<u>TALENTO HUMANO</u>												
2	Capacitación												
3	Atención por médico competente												
4	Ágil y oportuno												
5	Calidad en atención en emergencias												
6	<u>INSUMOS Y EQUIPOS MÉDICOS</u>												
7	Implementación de equipos médicos												
8	Control en el manejo de inventarios												
9	Disponibilidad inmediata												
10	<u>AMBIENTE DE TRABAJO</u>												
11	Coordinación con todas las tareas												
12	Mejor trato humano												

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.6 Verificación de los resultados.

Cuadro No. 45
Verificación de resultados

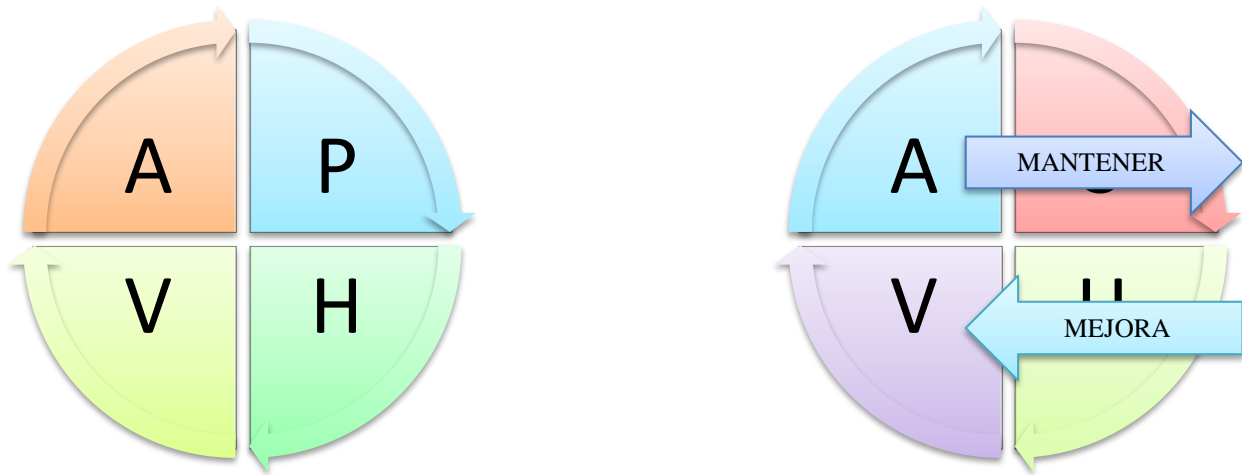
<div> <div>PARÁMETROS</div> <div>FACTORES</div> </div>	CALIDAD			COSTO		PRODUCTIVIDAD		SATISFACCIÓN DEL CLIENTE		
	E	B	R	△	▽	Efectividad	Eficacia	A	M	B
TALENTO HUMANO										
Capacitación	X				X	X		X		
Atención por médico competente	X				X	X		X		
Ágil y oportuno	X				X	X			X	
Calidad en atención de consulta externa	X				X	X		X		
INSUMOS Y EQUIPOS MÉDICOS										
Implementación de equipos médicos		X			X		X		X	
Control en el manejo de inventarios	X				X		X	X		
Disponibilidad inmediata		X			X		X		X	
AMBIENTE DE TRABAJO										
Coordinación con todas las áreas	X				X	X		X		
Mejor trato humano	X				X	X		X		

FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinuesa Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

4.2.8.6.7 Acción.

Figura No. 40
Acción o estandarización



FUENTE: Investigación propia

ELABORADO POR: María José Vinueza Molina y Edgar Fabián Trujillo Pozo

Esta acción se lo hará hasta que el talento humano encuentre otra forma de estandarizar.

4.3 VERIFICACIÓN DE IDEA A DEFENDER

En el mundo un sistema de gestión de calidad paso de ser una ventaja competitiva a convertirse en un requisito mínimo para competir.

Para realizar el diseño de un sistema de gestión de calidad se tuvo que analizar primero la situación actual de HOSPIESAJ S.A. para conocer cuáles son sus falencias, y hemos determinado que no cumplen con los requisitos del sistema.

De aquí que tenemos que indicar cuales son los beneficios de contar con un sistema de gestión de calidad en HOSPIESAJ S.A., y el principal es en la organización ya que nos ayuda a cumplir con los objetivos institucionales, permite analizar el desempeño de manera integral de sus actividades gestionando con calidad y detectando oportunidades de mejora ya que implementándolas de manera correcta ayudan a aumentar el desempeño de la organización, el trabajo en equipo es vital para lograr el éxito integrando habilidades y experiencias, la comunicación es más fácil y a la vez permitirá ser más eficaces porque se cumple con el compromiso con los clientes y/o pacientes para dar un agregado al servicio médico y hospitalario ya que en esta ciudad no hay hospitales privados que cuenten con esta certificación, satisfacer las necesidades de los clientes y/o pacientes para mantener ventajas competitivas que lo diferencien de la competencia y eficientes porque se harán las cosas de manera más fácil aunque no necesariamente se disminuyan los costos.

De esta manera se podrá trabajar por procesos en cada área de prestación de servicios médicos y hospitalarios, ya que se tiene documentado los procedimientos que se debe cumplir con los procesos de realización, esto hará más fácil la medición del nivel satisfacción de los clientes y/o pacientes.

CONCLUSIONES

- Por medio de un análisis teórico efectivamente se encontraron razones suficientes, teóricamente comprobadas para recomendar un Sistema de Gestión de Calidad.
- A través de un análisis de resultados realizado con la metodología empírica utilizando las encuestas al talento humano y clientes y/o pacientes del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., hemos elaborado un análisis y tabulación de los datos recolectados determinando así la situación actual, donde hemos podido detectar la falta de documentación de las actividades que se realizan en las áreas administrativas, económicas, tecnológicas y la prestación del servicio, además de mostrarnos que no se aplica calidad, por lo que hemos diseñado el sistema de gestión de calidad.
- Después de analizar las encuestas realizadas a los clientes y/o pacientes de HOSPIESAJ S.A. detectamos que existe un problema en el área de emergencias, pues algunos de los clientes y/o pacientes no se sintieron conformes por el servicio recibido, indicando que existe deficiencia en el talento humano, para lo cual hemos diseñado un proceso de mejora continua de manera didáctica para dar posibles soluciones al problema de mala atención en el área de emergencias.
- El diseño de un Sistema de Gestión de Calidad no es complicado, lo complicado es trabajar con el talento humano y hacerles entender el sentido de la calidad.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere implementar el Sistema de Gestión de Calidad, y delegar al responsable de la Dirección el funcionamiento y control del mismo.
- Sugerimos que se elabore un plan de calidad para una mejor dirección de HOSPIESAJ S.A. enfocándose en documentar las acciones en todas las áreas para tener un control adecuado, y así poder aplicar el PHVA.
- Diseñar un plan de auditorías periódicas, no superiores a 6 meses, para verificar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma y la eficacia del mismo.
- Destinar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de calidad que hemos diseñado, considerando todos los parámetros establecidos conforme lo indica la ISO 9001.2008 y poner a disposición del talento humano y demás usuarios que se considere los documentos exigidos por la norma.
- Realizar una socialización y capacitación por parte de HOSPIESAJ S.A. a todo su talento humano sobre la importancia de la calidad y la satisfacción que se debe dar a los clientes.
- Discutir las posibles soluciones dadas en las auditorias planteadas, para poder satisfacer las necesidades de los clientes y/o pacientes que no se sienten satisfechas con la prestación de servicios médicos en emergencias, para lograr un adecuado proceso de mejora continua, considerando acciones correctivas y preventivas.
- Medir periódicamente el Sistema de Gestión de Calidad en base a indicadores de gestión, para poder evaluar su progreso, logrando información veraz y oportuna para posteriormente tomar decisiones apropiadas.

BIBLIOGRAFÍA

BESTERFIELD, Dale. (2009). *Control de Calidad*. México. Pearson Educación S.A.

CAMISÓN, César; **CRUZ**, Sonia & **GONZÁLEZ**, Tomás. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid. Pearson Educación S.A.

FONTALVO, Tomás & **VERGARA**, Juan. (2010). *La Gestión de la Calidad en los servicios ISO 9001:2008*. Cartagena. Eumed.

MÜNCH, Lourdes. (2007). *Administración, escuelas, proceso administrativo, áreas funcionales y desarrollo emprendedor*. México. Pearson Educación S.A.

NAVA, Víctor. (2010). *ISO 9001:2008 Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México. Limusa S.A.

VARGAS, Martha & **ALDANA**, Luzangela. (2012). *Calidad y servicio conceptos y herramientas*. Bogotá. Ecoe Ediciones.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA AL TALENTO HUMANO DE HOSPIESAJ S.A.

FACTOR ADMINISTRATIVO

OBJETIVO:

Conocer la situación actual del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. para determinar cuáles son sus fortalezas y debilidades en referencia a lo administrativo, tecnológico y prestación del servicio.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida a todo el talento humano que labora en las distintas áreas de HOSPIESAJ S.A.

1. ¿Qué tipo de plan posee HOPIESAJ S.A.?

Estratégico ☐

Táctico ☐

Operativo ☐

2. ¿HOSPIESAJ S.A. tiene estructurado organigramas y manuales para su funcionamiento?

Si ☐

No ☐

3. ¿El liderazgo en HOSPIESAJ S.A. consta de autoridad, delegación y supervisión?

Si ☐

No ☐

4. ¿Se establecen estándares para evaluar los resultados obtenidos de la planeación?

Si ☐

No ☐

ANEXO 2

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA AL TALENTO HUMANO DE HOSPIESAJ S.A.

FACTOR ECONÓMICO

OBJETIVO:

Conocer la situación actual del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. para determinar cuáles son sus fortalezas y debilidades en referencia a lo económico.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida al talento humano que labora en el área de contabilidad, gerencia y administración de HOSPIESAJ S.A.

1. ¿Manejan herramientas contables previstas por la normativa vigente?

Si ☐

No ☐

2. ¿Los presupuestos contribuyen a la estrategia central de HOSPIESAJ S.A.?

Si ☐

No ☐

3. ¿Los estados financieros son elaborados de acuerdo a las NIIF?

Si ☐

No ☐

ANEXO 3

ESTADOS FINANCIEROS DE HOSPIESAJ S.A.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.			
R.U.C. 0690059835001			
BALANCE GENERAL			
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013			
EXPRESADO EN DÓLARES AMERICANOS			
1 ACTIVO			1.374.007,12
11 CORRIENTE		74.503,47	
111 Efectivo y efectivo equivalente	15.085,59		
11101 Caja	1.350,65		
11102 Caja chica	200		
11103 Bancos	13.534,94		
112 Deudores comerciales y otras cts/por cob	16.694,32		
11201 Clientes	10.932,00		
11203 Otras cuentas por cobrar	3.249,10		
11206 Préstamos por cobrar	250		
11207 Anticipos	3.200,00		
11299 (-) Provisión cuentas incobrables	-936,78		
113 Inventarios	42.723,56		
11301 Inventario para la venta	42.723,56		
12 NO CORRIENTE		1.299.503,65	
121 Propiedad planta y equipo	386.179,35		
12102 Edificios	117.331,24		
12104 Muebles y enseres	55.123,65		
12106 Maquinaria y equipo	176.554,59		
12108 Equipo de computo	4.910,84		
12109 Vehículos	32.259,03		
123 Otros activos	913.324,30		
12302 Edificios torres siglo XXI	913.324,30		
2 PASIVO			496.201,08
21 CORRIENTE		19.475,28	
211 Acreedores comerciales y otras cts/por p	12.644,03		
21101 Proveedores	12.397,49		
21103 Otras cuentas por pagar	246,54		
212 Beneficios del personal	6.831,25		
21201 Sueldos acumulados por pagar	14.769,12		
22 NO CORRIENTE		476.725,80	
223 Construcción/Accionistas	476.725,80		
22301 Accionistas	476.725,80		
3 PATRIMONIO			877.806,04
31 Capital social		863.153,01	
311 Capital	863.153,01		
32 Reservas		1.911,27	
321 Reserva legal	1.274,18		
322 Reserva estatutaria	637,09		
33 Resultados		12.741,76	
331 Resultados presente ejercicio	12.741,76		
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO			1.374.007,12

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.**R.U.C. 0690059835001****ESTADO DE RESULTADOS****AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013****EXPRESADO EN DÓLARES AMERICANOS**

4 INGRESOS		
41 Ingresos operacionales		818.480,37
411 Ventas	818.480,37	
41101 Servicios médicos	692.653,88	
41102 Farmacia	125.826,49	
5 COSTOS		113.243,84
51 Costos	113.243,84	
511 Costo de ventas	113.243,84	
UTILIDAD BRUTA		705.236,53
6 GASTOS		
61 Gastos de distribución		690.647,30
611 Gastos de venta	623.466,35	
61101 Gasto remuneraciones	117.922,08	
61103 Gasto suministros y materiales	36.392,59	
61105 Honorarios profesionales	451.496,22	
61107 Gasto depreciación	17.655,46	
612 Gastos de administración	67.180,95	
61201 Gasto remuneraciones	39.307,36	
61203 Gasto suministros y materiales	661,11	
61205 Honorarios profesionales	6.250,00	
61207 Gasto depreciación	20.962,48	
UTILIDAD OPERACIONAL		14.589,23
42 Ingresos no operacionales		59.428,57
421 Arriendo locales torres siglo XXI	59.428,57	
62 Gastos no operacionales		54.799,46
621 Gasto depreciación torres siglo XXI	45.666,22	
622 Gasto mantenimiento torres siglo XXI	9.133,24	
Utilidad Antes de Participación Trabajadores		19.218,35
Participación Trabajadores		2.882,75
Utilidad Antes de Impuestos		16.335,59
Impuesto a la Renta		3.593,83
Utilidad Neta del Ejercicio		12.741,76

ANEXO 4

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA AL TALENTO HUMANO DE HOSPIESAJ S.A.

FACTOR TECNOLÓGICO

OBJETIVO:

Conocer la situación actual del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. para determinar cuáles son sus fortalezas y debilidades en referencia a lo administrativo, tecnológico y prestación del servicio.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida a todo el talento humano que labora en las distintas áreas de HOSPIESAJ S.A.

1. ¿Existe una correcta calibración de los equipos médicos de HOPIESAJ S.A.?

Si ☐

No ☐

2. ¿El software y hardware utilizado es el adecuado para HOSPIESAJ S.A.?

Si ☐

No ☐

PRESTACIÓN DEL SERVICIO

3. ¿Se han impartido cursos de capacitaciones relevantes e importantes en su área de trabajo?

Si ☐

No ☐

ANEXO 5

Inventario del Equipo Médico de HOSPIESAJ S.A.

No.	MATERIALES	CÓDIGO
1	Baja lenguas desechables de madera	12108.01.001
2	Aplicadores	12108.01.002
3	Algodón estéril	12108.01.003
4	Gasa	12108.01.004
5	Catgut	12108.01.005
6	Hilo mercerizado No. 80	12108.01.006
7	Hilo mercerizado No. 40	12108.01.007
8	Hilo mercerizado No. 20	12108.01.008
9	Vendas de gasa	12108.01.009
10	Esparadrapos tubos	12108.01.010
11	Sondas nelatón	12108.01.011
12	Guantes de caucho	12108.01.012
13	Torniquete de caucho	12108.01.013
14	Tintura de merthiolate	12108.01.014
15	Alcohol potable	12108.01.015
16	Agua oxigenada	12108.01.016
17	Tintura de yodo	12108.01.017
18	Toallas	12108.01.018
19	Sábanas	12108.01.019
20	Mandiles	12108.01.020

No.	MUEBLES	CÓDIGO
1	Mesa de exámenes o Camilla Chaislog	12107.01.001
2	Gradilla de metal	12107.01.002
3	Taburete giratorio de metal	12107.01.003
4	Carro de curaciones	12107.01.004
5	Vitrina de metal para materiales de medicina	12107.01.005
6	Archivador	12107.01.006
7	Vertical de cuatro gavetas	12107.01.007
8	Mesa auxiliar	12107.01.008
9	Porta sueros de metal	12107.01.009
10	Camilla portátil de lona	12107.01.010
11	Basureros de metal	12107.01.011
12	Escritorios para el médico	12107.01.012
13	Sillón giratorio	12107.01.013
14	Escritorio pequeño (para auxiliar de enfermería)	12107.01.014
15	Silla tipo secretaria	12107.01.015
16	Muebles de sala de espera	12107.01.016

No.	EQUIPO MÉDICO	CÓDIGO
1	Lámpara cielítica	12106.01.001
2	Mesa cirugía Shampaine	12106.01.002
3	Electro Cauterio	12106.01.004
4	Máquina de succión de dos botellas	12106.01.005
5	Máquina de anestesia	12106.01.006
6	Atroscopio	12106.01.007
7	Endoscopio	12106.01.008
8	Cámara para endoscopio	12106.01.009
9	Insuflador para endoscopio	12106.01.010
10	Mesa cirugía S/M	12106.01.012
11	Shiver Tipo Electro	12106.01.014
12	Mesa quirúrgica	12106.01.015
13	Cunero de transporte	12106.01.017
14	Nebulizador	12106.01.018
15	Cuna de Calor	12106.01.019
16	Desfibrilador	12106.01.022
17	Succionador GOMCO	12106.01.023
18	Succionador MADA	12106.01.024
19	Monitor Cardíaco	12106.01.025
20	Lámpara auxiliar	12106.01.026
21	Respirador Advanced Biomedical	12106.01.027
22	Respirador Siemens	12106.01.028
23	Succionador FADEN	12106.01.029
24	Pulsó metro	12106.01.030
25	Electro Cardiograma	12106.01.031
26	Cuna de Calor Radiante	12106.01.032
27	Máquina de anestesia FLUSH	12106.01.034
28	Succionador	12106.01.035
29	Termo cuna de transporte	12106.01.036
30	Fonendoscopio	12106.01.037
31	Placas de calor	12106.01.038
32	Mesa para recién nacido	12106.01.039
33	Esterilizador Digital MEMMERT	12106.01.041
34	Esterilizador Manual MEMMERT	12106.01.042
35	Equipo de Ecosonografía	12106.01.044
36	Equipo de Colposcopia HITACHI	12106.01.045
37	Monitor Toshiba	12106.01.046
38	Lámpara Fototerapia	12106.01.048
39	Incubadora neonatal advanced	12106.01.049
40	Incubadora neonatal air-shields	12106.01.050
41	Membrana respiratoria neonatal	12106.01.051
42	Agujas de suturas rectas y curvas	12106.01.052
43	Agujas hipodérmicas número 20	12106.01.053
44	Agujas hipodérmicas número 21	12106.01.054
45	Agujas hipodérmicas número 22	12106.01.055

46	Agujas hipodérmicas número 23	12106.01.056
47	Bandeja de acero inoxidable con tapa	12106.01.057
48	Báscula con altímetro	12106.01.058
49	Bisturíes tipo desechables C. S	12106.01.059
50	Equipo de diagnóstico	12106.01.060
51	Espejo vaginal grande	12106.01.061
52	Espejo vaginal mediano	12106.01.062
53	Esterilizadora en seco	12106.01.063
54	Estetoscopio obstétrico	12106.01.064
55	Jeringuilla de metal para lavar oído	12106.01.065
56	Jeringuillas desechables de 10 cc.	12106.01.066
57	Jeringuillas desechables de 2 cc.	12106.01.067
58	Jeringuillas desechables de 20 cc.	12106.01.068
59	Jeringuillas desechables de 5 cc.	12106.01.069
60	Lámpara cuello de ganso	12106.01.070
61	Martillo neurológico	12106.01.071
62	Pinza de manejo Póster	12106.01.072
63	Pinza larga porta gasa	12106.01.073
64	Pinza porta agujas	12106.01.074
65	Pinzas anatómicas	12106.01.075
66	Pinzas de Allis	12106.01.076
67	Pinzas de campo pequeñas	12106.01.077
68	Pinzas de Kocher	12106.01.078
69	Pinzas mosquito curvas	12106.01.079
70	Pinzas quirúrgicas	12106.01.080
71	Porta pinzas de metal	12106.01.081
72	Semi lunas de acero inoxidable	12106.01.082
73	Sonda acanalada	12106.01.083
74	Sonda uretral de metal	12106.01.084
75	Tablas de Snellen	12106.01.085
76	Tambores porta gasa de acero inoxidable	12106.01.086
77	Tensiómetro tipo aneroide o de pedestal	12106.01.087
78	Termómetros bucales	12106.01.088
79	Termómetros rectales	12106.01.089
80	Tijera curva	12106.01.090
81	Tijera de cortar gasa	12106.01.091
82	Tijera recta	12106.01.092
83	Urinal de acero inoxidable	12106.01.093

ANEXO 6

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA A CLIENTES DE HOSPIESAJ S.A.

OBJETIVO:

Identificar el grado de satisfacción de los clientes en la prestación del servicio de HOSPIESAJ S.A.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida a clientes de HOSPIESAJ S.A. que han recibido sus servicios.

1. ¿El talento humano de HOPIESAJ S.A. es eficiente y eficaz?

Si ☐

No ☐

2. ¿En qué medida considera usted el grado de satisfacción en el servicio prestado por HOSPIESAJ S.A.?

Alta ☐

Media ☐

Baja ☐

ANEXO 7

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA AL TALENTO HUMANO DE HOSPIESAJ S.A.

FACTOR PRESTACIÓN DEL SERVICIO

OBJETIVO:

Conocer la situación actual del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. para determinar cuáles son sus fortalezas y debilidades en referencia a lo administrativo, tecnológico y prestación del servicio.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida a todo el talento humano que labora en las distintas áreas de HOSPIESAJ S.A.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- 1. ¿Se han impartido cursos de capacitaciones relevantes e importantes en su área de trabajo?**

Si ☐

No ☐

ANEXO 8

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

ENCUESTA AL TALENTO HUMANO DE HOSPIESAJ S.A.

FACTOR DE LA CALIDAD

OBJETIVO:

Conocer la situación actual del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. para determinar cuáles son sus fortalezas y debilidades en referencia a lo económico.

ALCANCE:

La encuesta está dirigida al talento humano que labora en el área de gerencia y la administración de HOSPIESAJ S.A.

- 1. ¿Se han documentado los procedimientos necesarios para asegurar el control, funcionamiento y planificación efectivos de los procesos?**

Si ☐

No ☐

- 2. ¿Dispone de un procedimiento para el control de documentos?**

Si ☐

No ☐

- 3. ¿La alta dirección comunica al personal la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales y reglamentarios?**

Si ☐

No ☐

- 4. ¿Cómo se asegura la alta dirección de que los requisitos del cliente se cumplieron y éste queda satisfecho?**

Buzón de Sugerencias ☐

Encuestas ☐

Otros ☐

- 5. ¿La política de calidad se comunicó dentro de HOSPIESAJ S.A.?**

Si ☐

No ☐

6. ¿HOSPIESAJ S.A. está en capacidad de determinar y proporcionar los recursos necesarios para implantar y mantener el sistema de gestión de calidad?

Si ☐

No ☐

7. ¿Se tienen establecidos los criterios de aceptación del servicio?

Si ☐

No ☐

8. ¿Cómo se determinan los requisitos no especificados por el cliente que son necesarios para la utilización prevista o especificada?

Buzón de Sugerencias ☐

Encuestas ☐

Otros ☐

9. ¿Se ha definido el tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido de acuerdo con el impacto que tiene lo adquirido en la prestación de servicio?

Si ☐

No ☐

10. ¿Las condiciones a controlar para prestar el servicio incluyen la utilización del equipo médico apropiado?

Si ☐

No ☐

11. ¿Existen procesos de medición, análisis y mejora?

Si ☐

No ☐

ANEXO 9

CHECK LIST NORMA ISO 9001:2008

No.	REQUERIMIENTOS	CUMPLIMIENTO		
		SI	PARCIAL	NO
1.	OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN			
1.1.	Generalidades			
	¿Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema?	1		
1.2.	Aplicación			
	¿El sistema de gestión de calidad será aplicado a todo HOSPIESAJ S.A. basado en la Norma ISO?		1	
1.3.	Distribución			
	¿Establecerán un directorio para la administración de la documentación del sistema de gestión de calidad?		1	
2.	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA			
	¿Tienen un código médico interno?		1	
	¿Poseen guías de salud internas?			1
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			
4.1.	Requisitos generales			
	¿Se ha identificado los procesos necesarios para el SGC y determinado su secuencial e interacción?			1
	¿Se dispone de los recursos suficientes tanto materiales, de información y talento humano?		1	
	¿Se llevan a cabo acciones para alcanzar los objetivos establecidos y mejorar continuamente?			1
4.2.	Requisitos de la documentación			
4.2.1	<u>Generalidades</u>			
	¿Existe un documento de política de calidad?			1
	¿Existe un documento de objetivos de calidad?			1
	¿Existe un manual de calidad?			1
4.2.2	<u>Manual de calidad</u>			
	¿Están los procedimientos documentados o se hace una referencia a los mismos?			1
4.2.3	<u>Control de los documentos</u>			
	¿Existe un procedimiento documentado de control de la documentación?			1
4.2.4	<u>Control de registros</u>			
	¿Se ha instalado un antivirus en el sistema informático?	1		
	¿Se realizan copias de seguridad de los datos informáticos?		1	
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN			
5.1.	Compromiso de la dirección			

	¿Asegura la alta dirección el establecimiento de objetivos de calidad?			1
	¿Establece la alta dirección la política de calidad y asegura la disponibilidad de recursos			1
5.2.	Enfoque al cliente			
	¿Se ha hecho un análisis de los clientes de la organización y se han agrupado en diferentes categorías?			1
	¿Se ha definido las necesidades y expectativas generales de los clientes?		1	
	¿Se ha realizado una especificación del servicio acorde con las necesidades y expectativas de los clientes?		1	
5.3.	Política de la calidad			
	¿Existe una política de la calidad, recogida en algún documentado y aprobada por la Dirección?			1
5.4.	Planificación			
5.4.1	<u>Objetivos de la calidad</u>			
	¿Están definidos los objetivos de la calidad?			1
5.4.2	<u>Planificación del SGC</u>			
	¿Se identifican, planifican y documentan los recursos necesarios para alcanzar los objetivos?			1
5.5.	Responsabilidad, autoridad y comunicación			
5.5.1	<u>Responsabilidad y autoridad</u>			
	¿Existe un organigrama actualizado de la organización?			1
	¿Están definidas por escrito las funciones y responsabilidades del talento humano?		1	
	¿Todo el talento humano conoce sus funciones y responsabilidades?		1	
5.5.2	<u>Representante de la dirección</u>			
	¿Existe la figura del representante de la Dirección en materia de calidad?			1
5.5.3	<u>Comunicación interna</u>			
	¿Dispone la organización de medios de comunicación internos (tablón de anuncios, reuniones, etc.)?		1	
5.6.	Revisión por la dirección			
5.6.1	<u>Generalidades</u>			
5.6.2	<u>Información para la revisión</u>			
5.6.3	<u>Resultados de la revisión</u>			
6.	GESTIÓN DE RECURSOS			
6.1.	Provisión de recursos			
	¿Dispone la organización, en general, de los medios adecuados (máquinas, instalaciones, documentos, etc.) para realizar y controlar su actividad?		1	

	¿Posee la organización un plan de inversiones o de adquisición de medios acorde con sus objetivos?			1
6.2.	Talento humano			
6.2.1	<u>Generalidades</u>			
	¿Existe una política de talento humano en la organización?			1
6.2.2	<u>Competencia, toma de conciencia y formación</u>			
	¿Se ha valorado la competencia del talento humano y dejado constancia de ello por escrito?		1	
	¿Se realiza una formación inicial, por mínima que sea, cuando se incorpora personal nuevo?	1		
6.3.	Infraestructura			
	¿Se realiza el mantenimiento adecuado de la infraestructura, bien con medios propios o contratados?		1	
	¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?		1	
	¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?			1
6.4.	Ambiente de trabajo			
	¿Dispone la organización de un sistema de prevención de riesgos laborales y de seguridad?			1
	¿Los puestos de trabajo, son apropiados y ergonómicos?		1	
	Las condiciones de higiene, limpieza general y contaminación, ¿son adecuadas para el desarrollo de la actividad?		1	
	¿Impera la cordialidad y compañerismo en las relaciones entre el talento humano?		1	
7.	PRESTACIÓN DEL SERVICIO			
7.1.	Planificación de la prestación del servicio			
	¿Se han definido los procesos y recursos que entrarán en juego a la hora de prestar los servicios?		1	
	¿Se han previsto y se llevan a cabo los controles necesarios para asegurar que el servicio se presta según lo planeado?		1	
7.2.	Procesos relacionados con el cliente			
7.2.1	<u>Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</u>			
	¿Se dispone de una especificación para los servicios que ofrece HOSPIESAJ S.A.?		1	
	¿Se han tenido en cuenta las disposiciones legales y reglamentarias que afectan a la actividad a la hora de describir la especificación del servicio?		1	
7.2.2	<u>Revisión de los requisitos con el servicio</u>			
	¿Se ha establecido la oferta escrita como método principal de comunicación de las características del servicio a prestar y del precio asociado?		1	
	¿Se ha definido las vías por las que puede entrar un pedido?		1	

	En la fase de oferta, ¿se analiza la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos del cliente?		1	
7.2.3	<u>Comunicación con el cliente</u>			
	¿La organización establece e implanta pautas para la comunicación con el cliente?			1
	¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?		1	
7.3.	Diseño y desarrollo			
7.3.1	<u>Planificación del diseño y desarrollo</u>			
	¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?			1
	¿Se indican las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo?		1	
7.3.2	<u>Elementos de entrada para el diseño</u>			
	¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada (requisitos funcionales, legales, diseños similares, etc.)?			1
7.3.3	<u>Resultados del diseño y desarrollo</u>			
	¿Proporcionan información para la compra y prestación del servicio?		1	
7.3.4	<u>Revisión del diseño y desarrollo</u>			
	¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?			1
7.3.5	<u>Verificación del diseño y desarrollo</u>			
7.3.6	<u>Validación del diseño y desarrollo</u>			
7.3.7	<u>Control de los cambios del diseño y desarrollo</u>			
7.4.	Compras			
7.4.1	<u>Proceso de compras</u>			
	¿Está organizada la gestión de las compras (departamentos, responsables, autorizaciones, etc.)?	1		
	¿Existe un registro que relacione a los proveedores con los materiales o los servicios comprados frecuentemente (listado de proveedores)?		1	
7.4.2	<u>Información de las compras</u>			
	Las peticiones de compra, ¿se revisan y aprueban, antes de su envío, por algún responsable?		1	
	Los documentos de compra, ¿contienen la información suficiente y precisa para asegurar que el producto comprado cumplirá con los requisitos especificados?			1
7.4.3	<u>Verificación de los productos/servicios comprados</u>			
	¿Están definidas y establecidas las especificaciones de los servicios o materiales a comprar?		1	
	¿Están definidos y establecidos controles en la recepción de los materiales o durante la prestación del servicio subcontratado?		1	
7.5.	Producción y prestación del servicio			

7.5.1	<u>Control de la producción y de la prestación del servicio</u>			
	¿Existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio?		1	
	Si existen instrucciones de trabajo, ¿se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?			1
	¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	1		
7.5.2	<u>Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio</u>			
	¿Se ha definido los requisitos para esta validación?			1
7.5.3	<u>Identificación y trazabilidad</u>			
	¿Se identifican cada uno de los servicios con algún código o número que le permita distinguirse de los demás?			1
	La organización, ¿es capaz de reconstruir, mediante este código o número, el historial de un servicio que se prestó hace meses?			1
7.5.4	<u>Propiedad del cliente</u>			
7.5.5	<u>Preservación del producto</u>			
7.6.	Control de los dispositivos de seguimiento y medición			
	¿Se dispone de un listado con todos los elementos de medición de la organización?			1
	¿Se conservan registros de calibraciones que evidencien dicho control?			1
8.	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			
8.1.	Generalidades			
	¿Se aplican técnicas que permitan extraer conclusiones rápidas de una serie de datos?			1
8.2.	Seguimiento y medición			
8.2.1	<u>Satisfacción del cliente</u>			
	¿Se ha definido la sistemática para conocer la opinión del cliente a intervalos regulares (entrevistas personales, telefónicas, encuestas)?			1
	¿Se hace un seguimiento de la información referente a la satisfacción/insatisfacción del cliente?			1
8.2.2	<u>Auditoría interna</u>			
	¿Se encuentra definida la frecuencia y planificación de las auditorías?			1
	¿Existe un procedimiento documentado para las auditorías internas?			1
	¿Existen registros de las auditorías internas?		1	
	¿Se toman acciones para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas?		1	
8.2.3	<u>Seguimiento y medición de los procesos</u>			
	¿Se realizan inspecciones durante el proceso de prestación del servicio?		1	

	¿Existen documentos que indiquen qué, cuándo, cómo y con qué criterios se hace la inspección?		1	
8.2.4	<u>Seguimiento y medición del servicio</u>			
	Las personas implicada en el control, ¿son suficientes y están preparados para esta función?		1	
8.3.	Control del servicio no conforme			
	¿Existe un procedimiento para asegurar que los servicios no conforme se tratan adecuadamente?			1
8.4.	Análisis de datos			
	¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema?			1
8.5.	Mejora			
8.5.1	<u>Mejora continua</u>			
	¿Está prevista y han sido planificadas actividades de mejora continua?		1	
8.5.2	<u>Acción correctiva</u>			
	¿Se toman acciones encaminadas a la solución definitiva del problema, cuando éste es repetitivo o grave?		1	
8.5.3	<u>Acción preventiva</u>			
	¿Se toman acciones encaminadas a la prevención de problemas potenciales?		1	
		5	40	38
		6%	48%	46%

ANEXO 10

MANUAL DE CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD	Código: MC001
		Revisión No. 001
		Página: 1/38
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008		

MANUAL DE LA CALIDAD

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN
HOSPIESAJ S.A.**

ELABORADO POR:

Fecha: _____

REVISADO POR:

Fecha: _____

APROBADO POR:

Fecha: _____



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 2/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

NOMBRE DE LA EMPRESA		ACTIVIDAD/SECTOR/RUBRO	
Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.		Servicios prestados por hospitales	
DIRECCIÓN		CIUDAD/PROVINCIA	
Av. Veloz y Autachi		Riobamba/Chimborazo	
TELÉFONO	FAX	E-MAIL	
032-944-636	032-945-871	gerenciahospitalsanjuan@hotmail.com	
GERENTE GENERAL		REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Economista Luis Izurieta		Ana Obregon	

TABLA DE REVISIONES DEL MANUAL DE LA CALIDAD		
FECHA	REV. M.C	RESUMEN DE CAMBIOS
05-01-2015	Revisión 001	Elaboración de Manual

LISTA DE DISTRIBUCIÓN		
PERSONAS AUTORIZADAS	COPIA #	EMITIDO
Gerente General	MC001	05-01-2015
Representante de la Dirección	MC002	05-01-2015
Director Médico	MC003	05-01-2015
Auditor del Sistema de Gestión de Calidad	MC004	05-01-2015
Directorio	MC005	05-01-2015



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 3/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

INDICE

1	Introducción	4
2	Presentación de HOSPIESAJ S.A.	5
3	Objeto, Alcance, Exclusiones y Definiciones	6
4	Sistema de Gestión de Calidad	9
5	Responsabilidad de la Dirección	17
6	Gestión de los Recursos	24
7	Prestación del Servicio	27
8	Medida, análisis y Mejora	33
9	Simbología	38



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 4/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

1. INTRODUCCIÓN

El presente manual de la calidad contiene los aspectos fundamentales del sistema de gestión, en el cuál, la calidad es el objetivo fundamental de todas las actividades de HOSPIESAJ S.A.

En él, se resume la estructura y la experiencia de HOSPIESAJ S.A., que le llevarán a contar con la confianza de sus clientes.

Un sistema de gestión de calidad surge de la necesidad de contar con una gestión adecuada y de prestar servicios eficientes, para ello debemos lograr la mejora continua en los procesos, determinando así una planificación adecuada de los procesos que se deben cumplir para lograr la aceptación en el servicio.

Asegurando la satisfacción del cliente a través del talento humano y del producto de calidad, es decir, se tendrá un aumento en los beneficios, mejor organización del trabajo, buenas relaciones con los clientes, “fidelidad” de los clientes, motivación del talento humano.

Entre los beneficiarios al acoger este Sistema de Gestión de Calidad tenemos:

- Satisfacer los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2008.
- Documentar las mejores prácticas de HOSPIESAJ S.A.
- Entender y satisfacer más adecuadamente más adecuadamente las necesidades y las expectativas de los clientes.
- Mejorar la administración global de HOSPIESAJ S.A.
- Agregue más incisos según necesite.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 5/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

2. PRESENTACIÓN DE HOSPIESAJ S.A.

MISIÓN

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., ofrece servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, para las Provincias del Centro del País en base a una atención profesional, personalizada, brindada con calidez y eficiencia y que contribuya al desarrollo de la sociedad. Además, nuestra Institución tiene como fin el desarrollo integral de sus colaboradores médicos, socios y todo el personal que labora en la institución.

VISIÓN

Convertir a HOSPIESAJ S.A. en uno de los mejores Hospitales Privados del País estructurando servicios de salud con tecnología de cuarto nivel y atención de Excelente calidad, para atraer pacientes tanto del Ecuador como del exterior a recibir atención médica de alta tecnología.

POLÍTICA DE CALIDAD

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., brinda un servicio médico de calidad hospitalario destinado para la atención médica preventiva y curativa, en base a su gestión de procesos que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente y/o paciente, con un compromiso del talento humano, mediante la mejora continua de su Sistema de Gestión de Calidad.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 6/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

3. OBJETO, ALCANCE, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES

3.1 OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Llevar a cabo una administración de calidad con eficacia y eficiencia.
- Ofrecer el mejor sistema médico hospitalario a la sociedad.
- Optimizar los recursos utilizados en los procesos de la gestión de calidad.
- Mejorar de manera continua la calidad del servicio médico y hospitalario.
- Fortalecer acciones de formación y capacitación que son necesarias para garantizar la idoneidad y competencia del talento humano de HOSPIESAJ S.A.
- Aumentar el nivel de satisfacción de los clientes y/o pacientes con la prestación del servicio oportuna y rápida, disminuyendo los tiempos de espera.

3.2 ALCANCE

El sistema de gestión de calidad será aplicado a todo el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., comprendiendo la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

3.3 EXCLUSIONES

Por la naturaleza de las actividades que HOSPIESAJ S.A. realiza declara que excluye los siguientes numerales:

- **7.3 Diseño y Desarrollo.**

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. no realiza el diseño de productos, sólo se dedica a la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

- **7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios.**

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. no valida los procesos de la prestación de los servicios que presta, porque es más difícil documentar los procesos en los servicios que prestan.

	MANUAL DE	Código: MC001
	CALIDAD	Revisión No. 001
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008	Página: 7/38

7.5.3 Identificación y trazabilidad.

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. no identifica ni tiene trazabilidad en la prestación de los servicios pues no se lo considera importante porque no aporta valor a la documentación que ya posee.

3.4 DEFINICIONES

- **Proceso.-** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto.-** es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente.
- **Proyecto.-** proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con los requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.
- **Diseño y desarrollo.-** conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.
- **Procedimiento.-** forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso.
- **Farmacia.-** ciencia que enseña a preparar y dispensar medicamentos o fármacos, con el fin de tratar enfermedades o para ayudar a conservar la salud.
- **Cirugía.-** práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico. La cirugía también se refiere a una especialidad de la medicina.
- **Sutura.-** costura que se realiza mediante puntos para juntar los bordes de una herida o de una incisión quirúrgica, ya sea en la piel, en un órgano interno o en cualquier otro tejido del cuerpo.

- **Urología.-** es la especialidad médico-quirúrgica que se interesa por el estudio, los tratamientos y las afecciones que afectan al aparato urinario a nivel de los riñones, de los uréteres (que conducen la orina de los riñones hasta la vejiga), de la vejiga y de la uretra que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo.

	<h1 style="text-align: center;">MANUAL DE CALIDAD</h1>		Código: MC001
			Revisión No. 001
			Página: 8/38
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008		

- **Ginecología obstétrica.-** se ocupa del seguimiento del embarazo y del parto. Un ginecólogo obstétrico se ocupa, pues, de la mujer pero también del niño que espera, ayudado por una enfermera. Realiza todos los exámenes (ecografías, amniocentesis) para establecer los diagnósticos prenatales y después ocuparse del parto, incluida la cesárea si es necesaria.
- **Neonatología.-** es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días postparto), hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como “lactante” entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha.
- **Salud.-** un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
- **Paciente.-** individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento.
- **Cuidados intensivos.-** es el sistema de asistencia clínica que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperación.
- **Oncología.-** es el estudio de todos los tipos de tumores cancerígenos; los tumores cancerosos responden a la multiplicación anárquica de ciertas células en el cuerpo.
- **Colposcopia.-** es un examen de la pared interior del cuello uterino.
- **Cardiología.-** es una rama de la medicina, que se ocupa de las afecciones del corazón y del aparato circulatorio.
- **Endoscopia.-** técnica médica de diagnóstico que introduce un instrumento óptico iluminado en el interior de un conducto o una cavidad del cuerpo. Permite la

visualización de la cavidad, la realización de biopsias y un tratamiento quirúrgico poco invasivo.

- **Antropométrico.-** es una ficha que registra las medidas y dimensiones del cuerpo humano, estatura, peso, perímetro torácico, etc. Se usa como eficaz herramienta con el propósito de comprender los cambios físicos del hombre.

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>		Código: MC001
			Revisión No. 001
			Página: 9/38
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008		

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1 Requisitos Generales

El Equipo de Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., establecerá, documentará, implementará, mantendrá y mejorará el Sistema de Gestión de la Calidad.

Dentro de los requisitos generales esta la documentación y registros necesarios para establecer, desarrollar y mantener un sistema de gestión de calidad para apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos de la organización.

Este Sistema de Gestión de Calidad tendrá por objeto:

- Transmitir la política y objetivos de HOSPIESAJ S.A., en materia de calidad y responsabilidad social.
- Definir las diferentes responsabilidades en cada uno de los aspectos que cubre el Sistema de Gestión de Calidad.
- Permitir a los clientes y demás interesados en las líneas en las que se basa el Sistema de Gestión de calidad.

La interrelación de los procesos se evidenciará en el siguiente Mapa de Procesos:

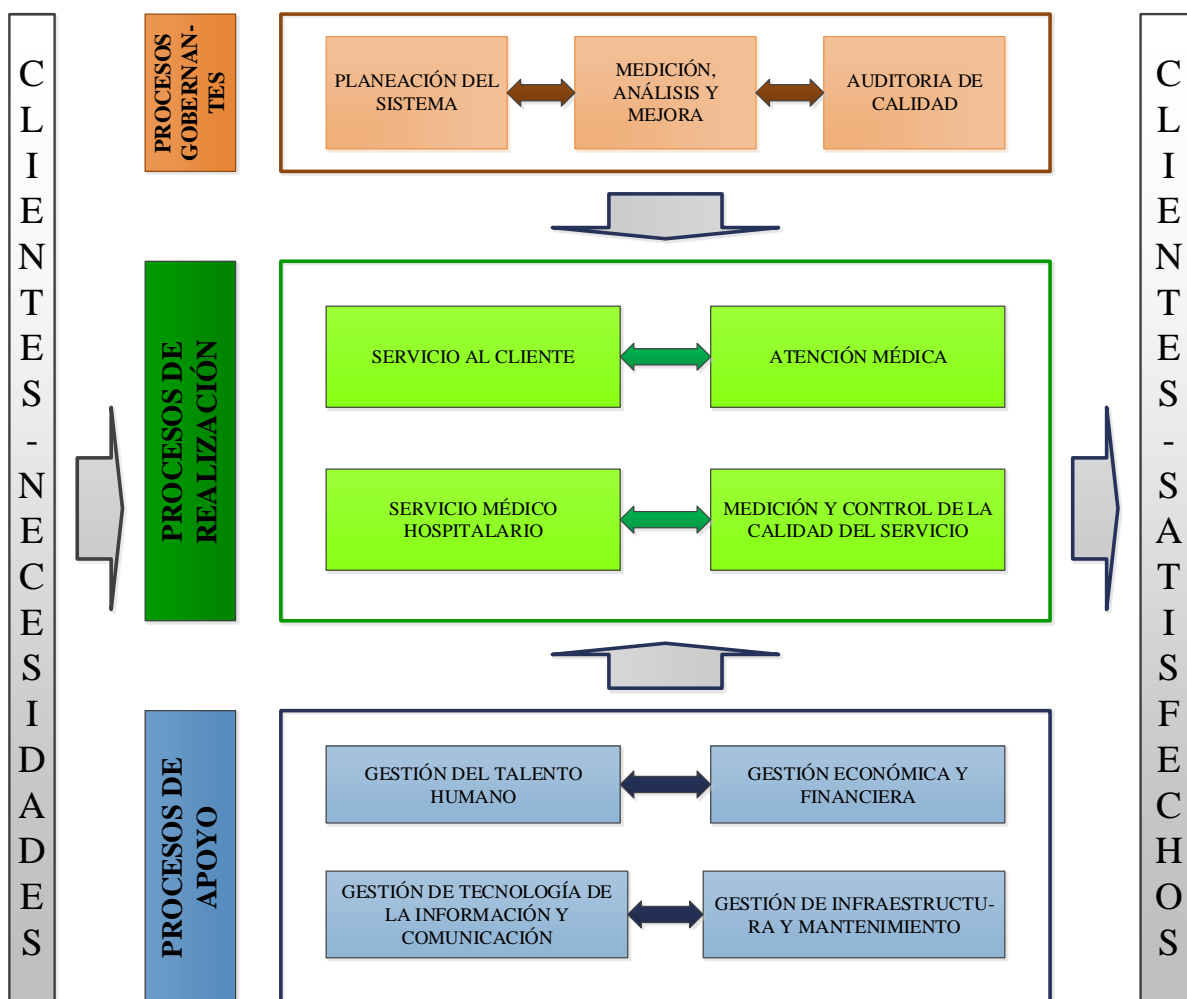
MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 10/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008





MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 11/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

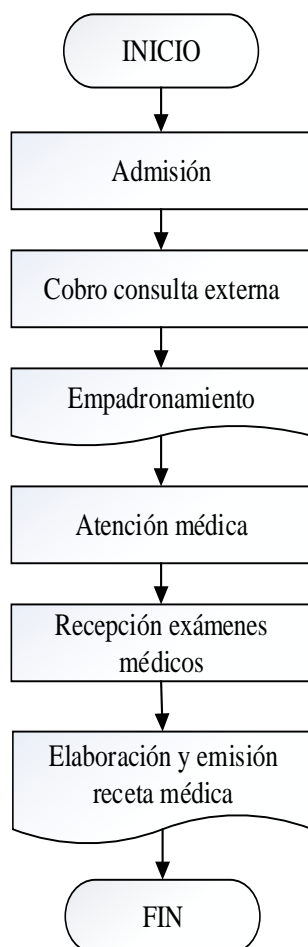
Código	PHSJ006	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	
Rev. 00			
Hoja	1 de 2		

NOMBRE: Atención Médica

OBJETIVO: Prestar atención médica a todos los clientes y pacientes que lo requieran, para ser atendidos con eficacia y eficiencia.

ALCANCE: Este procedimiento será aplicable a todas las áreas médicas de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:





MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 12/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

Código	PHSJ007
Rev. 00	
Hoja	1 de 2

PROCEDIMIENTO DE SERVICIO HOSPITALARIO

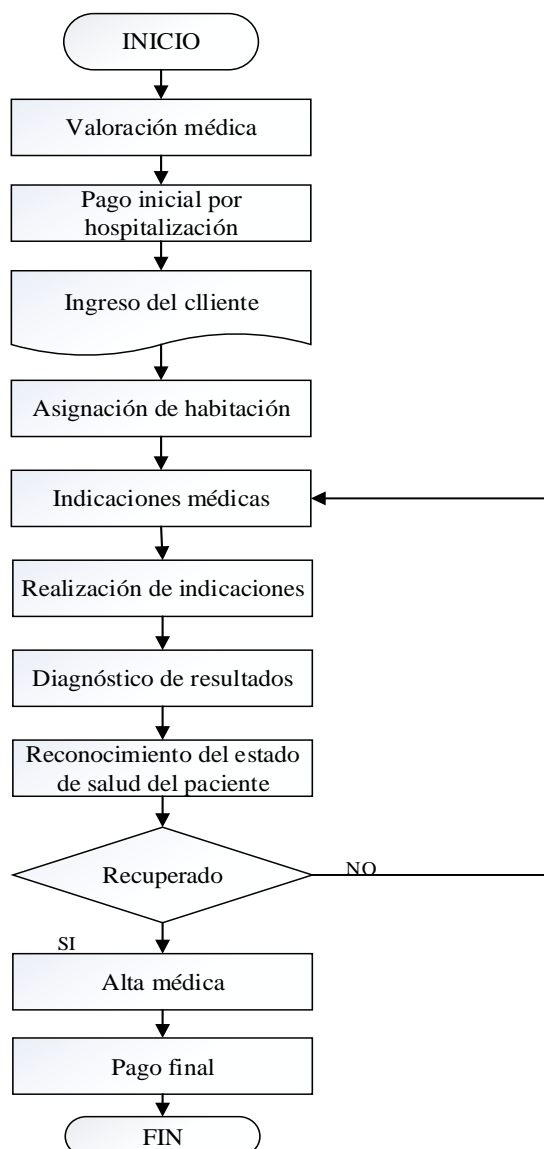


NOMBRE: Servicio Hospitalario

OBJETIVO: Brindar a los clientes y/o pacientes un ambiente hospitalario seguro con atención médica, de enfermería y otras áreas con el fin de obtener una pronta mejoría.

ALCANCE: Este procedimiento será aplicable a todo el talento humano de las áreas que intervienen en el servicio de hospitalización.

DESCRIPCIÓN:





MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 13/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

Código	PHSJ008
Rev. 00	
Hoja	1 de 2

PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

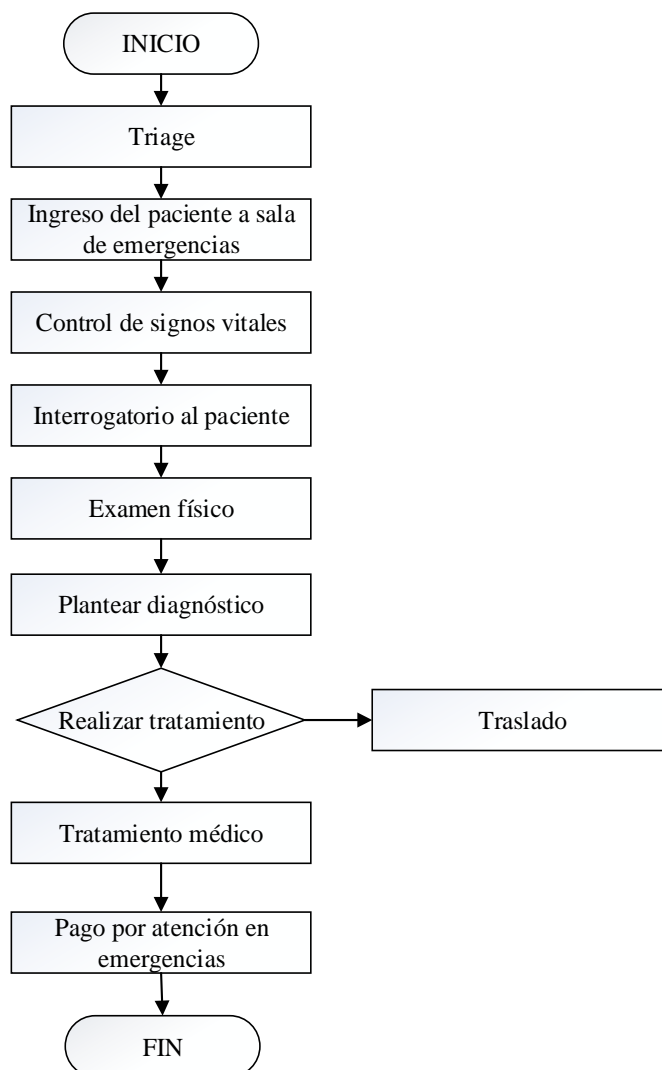


NOMBRE: Emergencia médica

OBJETIVO: Evaluar a todos los enfermos que acuden a emergencia, dando prioridad para atención a aquellos clientes y/o pacientes en estado crítico.

ALCANCE: Este procedimiento será aplicable al área de emergencia de HOSPIESAJ S.A.

DESCRIPCIÓN:





MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 14/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

4.2 Requisitos de la Documentación

4.2.1 Generalidades

El Sistema de Gestión de la Calidad de HOSPIESAJ S.A. ha sido documentado y será mantenido eficazmente para asegurar los controles suficientes del sistema y la conformidad a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad es distribuida a nivel de división y a nivel de departamento en cinco distintos niveles:



Nivel de División

- **Nivel 1.-** este Manual de la Calidad, que describe el Sistema de Gestión de Calidad, perfila las autoridades, las interrelaciones, los deberes del talento humano del desempeño dentro del sistema, los procedimientos y/o referencias de todas las actividades que conforman el Sistema de Gestión de Calidad.
- **Nivel 2.-** la Política de Calidad, que abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos, la mejora continua de la eficacia del sistema y la satisfacción del cliente.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 15/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

- **Nivel 3.-** los procedimientos requeridos por la norma, los programas de auditorías internas y externas, acciones correctivas y preventivas, Revisión de la Dirección y los documentos identificados como necesarios para una eficaz planificación. Operación y control de los procesos.

Nivel de Departamento

- **Nivel 4.-** Instrucciones de trabajo.
- **Nivel 5.-** los registros de calidad requeridos por la norma y los registros necesarios para HOSPIESAJ S.A. para demostrar la conformidad con los requisitos y el manejo eficaz del Sistema de Gestión de Calidad.

4.2.2 Manual de Calidad

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., se dedica a la prestación de servicio de la prevención, mantenimiento y reparación de la salud a todos a quienes acuden a sus instalaciones en demanda de atención médica.

Este Manual de la Calidad ha sido preparado con el nivel más alto de atención a los detalles por el Equipo de la Alta Dirección. El manual describe con exactitud el Sistema de Gestión de la Calidad.

El alcance y las exclusiones aceptables del Sistema de Gestión de la Calidad se detallan en las exclusiones de este manual.

4.2.3 Control de documentos

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., efectuará el control de los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad, llevando a cabo todas las acciones mencionadas en el procedimiento Control de Documentos y asegurándose de esta manera, el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 16/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

La responsabilidad del Procedimiento Control de los Documentos (PCDCHSJ001), estará a cargo del Equipo de la Alta Dirección.

4.2.4 Control de Registros de Calidad

Los registros se establecerán, mantendrán y se controlarán de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Control de Registros (PCRCHSJ001). Los registros proporcionarán evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de Calidad.

Este procedimiento exige que los registros de calidad permanezcan legibles, fácilmente identificables y disponibles. La Tabla de Control de los Registros de Calidad define los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de permanencia y eliminación de los registros de calidad. La tabla siguiente identifica los registros requeridos por la norma:

LISTA REGISTROS DE CALIDAD

CLÁUSULA	CÓDIGO	TÍTULO
5.6	RC001	Revisión por la Dirección
6.2.1	DTH001	Descriptor de Puestos
6.2.1	RC002	Registro de Talento Humano
7.2.2	RCRVHSJ001	Registro Médico
7.4.1	RC003	Evaluación a proveedores
7.4.2	ROCVHSJ001	Orden de Compra
7.6.6	CE001	Registro de calibración, verificación y mantenimiento
8.2.2	RC004	Registro de Auditorías Internas
8.3	RC005	Registro de la encuesta de satisfacción del cliente
8.5.2	RC006	Registro de acciones correctivas
8.5.3	RC007	Registro de acciones preventivas

Procedimientos Relacionados

Control de Documentos

PCDCHJ001

Control de Registros de Calidad

PCRCHJ001



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 17/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección

El equipo de la Alta Dirección es uno de los factores más importantes en el desarrollo del sistema de calidad.

Dentro del sistema de calidad debe establecerse con claridad el compromiso de la dirección. La Alta Dirección desempeña un papel muy importante tiene como actividades específicas de comunicar lo siguiente:

- La importancia de cumplir con los requisitos del cliente así como los legales y reglamentarios.
- El enfoque de HOSPIESAJ S.A., hacia el cliente y/o paciente.
- La política y objetivos de calidad.

5.2 Enfoque al Cliente

HOSPIESAJ S.A., debe asegurar que los requisitos del cliente y/o paciente son determinados y cumplidos para alcanzar su satisfacción. Entre los requisitos tenemos:

- Tiempo suficiente y necesario.
- Tener accesibilidad a dichos servicios.
- Que exista longitudinalidad.
- Integridad al momento de brindar el servicio.
- Bilateral.

5.3 Política de Calidad

El Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A., brinda un servicio médico de calidad hospitalario destinado para la atención médica preventiva y curativa, en base a su gestión de procesos que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente y/o paciente, con un compromiso del talento humano, mediante la mejora continua de su Sistema de Gestión de Calidad.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 18/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de Calidad

Los objetivos específicos se desarrollan de manera que estén conectados en forma directa con la política de calidad. La mejor manera de medir los objetivos es a través de la creación de un sistema de indicadores, los mismos que deberán ser medibles.

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La planificación se realiza con el propósito de que se definan los procesos necesarios dentro del sistema de calidad que permitan cumplir con los requisitos en concordancia con el 4.1 de la Norma ISO 9001:2008, y monitorear aquellos que se consideren exclusiones permitidas. Esto debe incluir la adecuada vinculación de la política, los objetivos y los indicadores.

Es aconsejable que, como resultado de la planificación de calidad, exista evidencia documental de que se efectuó, la que podría incluirse en el manual de calidad o en otro documento por separado.

Es importante hacer un análisis de los cambios necesarios debidos a los requisitos del cliente, motivados por situaciones en el entorno de HOSPIESAJ S.A., para evitar que el sistema se desajuste o desaparezca por algún movimiento organizacional o en el exterior. Debe planearse un sistema flexible que permita a HOSPIESAJ S.A., adaptarse con rapidez.

La planificación estará dada en toda la documentación generada dentro del Sistema de Gestión de Calidad e incluye:

- Visión, misión.
- La consecución de los Objetivos de Calidad.
- Los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Los recursos necesarios.
- La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 19/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La estructura organizacional es un elemento importante dentro del sistema de calidad. Las diferentes funciones dentro de HOSPIESAJ S.A., deben definirse, así como su responsabilidad, autoridad e interrelaciones. Esta estructura debe ser comunicada con nitidez a todo el talento humano de HOSPIESAJ S.A. que necesiten conocerla.

Se ha establecido un Diagrama de Equipo para demostrar la interrelación del talento humano en HOSPIESAJ S.A. Las descripciones del puesto de trabajo definen las responsabilidades y autoridad de cada uno de los equipos.

Las descripciones del puesto de trabajo son revisadas y aprobadas con respecto a su idoneidad por el Equipo de la Alta Dirección. Estos documentos están disponibles en todo HOSPIESAJ S.A. para ayudar al talento humano a entender las responsabilidades y autoridad:



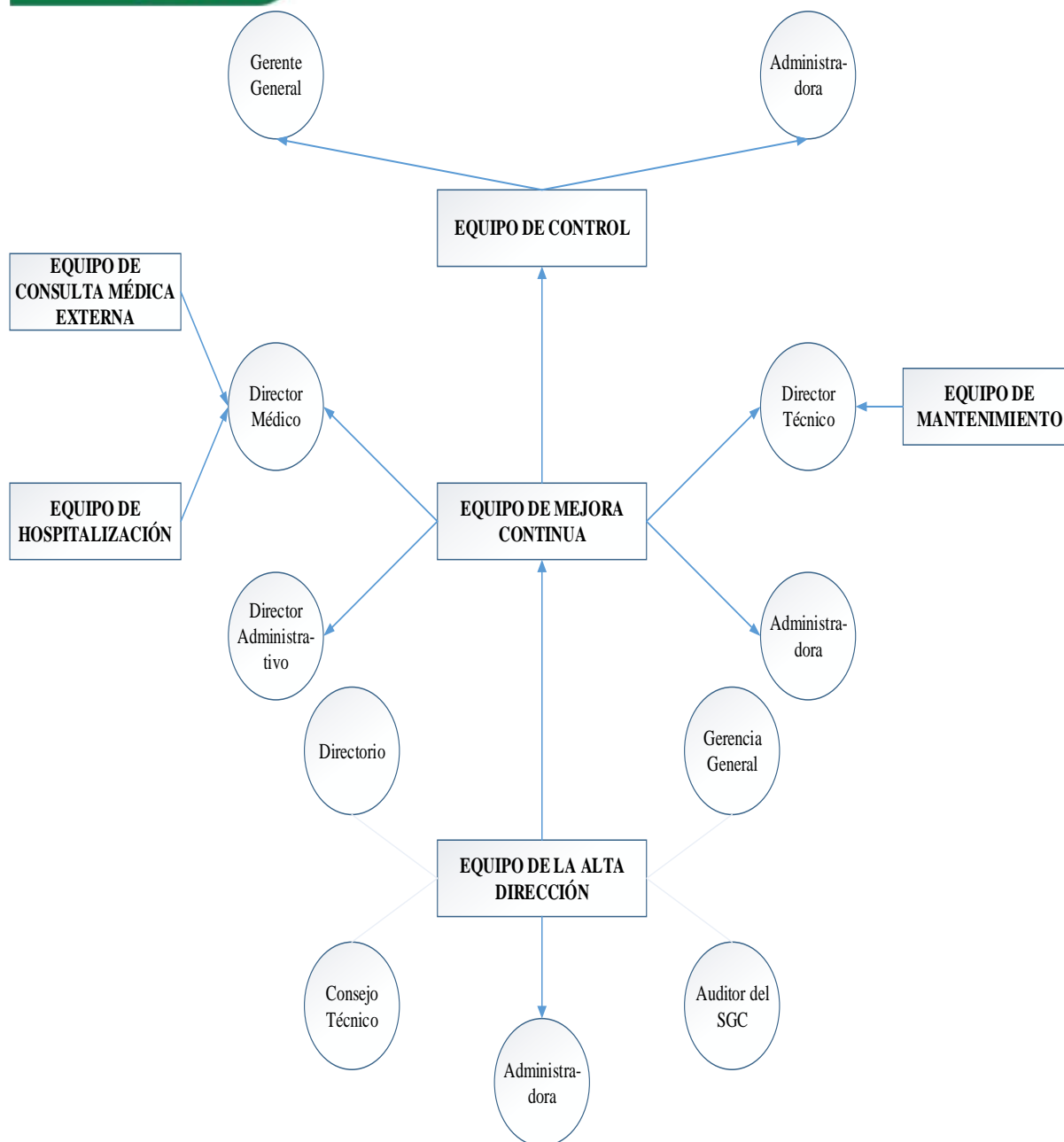
MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 20/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008



Representante de la Dirección

El Equipo de la Alta Dirección, designa al representante de la dirección que va a ser el responsable de asegurar que el sistema se implante y mantenerse de acuerdo con los requisitos requeridos por HOSPIESAJ S.A., el mismo que va a ser la Administradora de HOSPIESAJ S.A.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 21/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

Sus responsabilidades son:

- Servir de punto de enlace entre el talento humano y el Equipo de la Alta Dirección.
- Asegurar que los procesos del sistema de calidad se establezcan y mantengan.
- Informar al Equipo de la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y las acciones requeridas.
- Promover el compromiso de HOSPIESAJ S.A., para cumplir con los requisitos del cliente y/o paciente.

5.5.2 Comunicación Interna

La comunicación es la base para que el talento humano entienda los objetivos de calidad. Debe existir un proceso para concretar esto. La comunicación elimina barreras y puede hacer que el talento humano se involucre de manera adecuada y que se sienta parte del sistema.

El talento humano en HOSPIESAJ S.A., colaborará eficazmente con el Sistema de Gestión de Calidad mediante:

- Reuniones.
- Intranet.
- Equipos de trabajo.
- Periódico mural.
- Oficios.
- Circulares.

5.6 Revisión de la Dirección

5.6.1 Generalidades

El Equipo de la Alta Dirección revisará el Sistema de Gestión de Calidad al menos una vez al año para asegurar la idoneidad, precisión y eficacia permanente.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 22/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

Siendo necesario incluir una evaluación de oportunidades de mejora y cambios, además se debe incluir la política de calidad y objetivos de calidad, guardando los registros de dichas revisiones que servirán como prueba del compromiso de la dirección con la mejora constante del Sistema de Gestión de Calidad, recordando que la revisión de la dirección es un punto esencial del sistema para lograr la mejora continua.

Cada revisión debe ser programada y planificada para así determinar las acciones necesarias de corrección y prevención que deban implantarse para solventar problemas, como mejorar resultados y conseguir el proceso de mejora continua.

En la revisión del Sistema de gestión de Calidad se debe tomar en cuenta al menos lo siguiente:

- La política de calidad.
- Los objetivos de calidad.
- Informes de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad.

Además, se deberá presentar una propuesta de mejora para los diversos elementos del Sistema de Gestión de Calidad para el siguiente periodo y la planificación de las acciones a tomar.

5.6.2 Información para la revisión

La revisión por el equipo de la Alta Dirección incluirá el funcionamiento actual y las oportunidades de mejora relacionadas a:

- Los resultados de las auditorías.
- Retroalimentación del cliente.
- Funcionamiento de los procesos y conformidad de los servicios.
- Situación de las acciones correctivas y preventivas.

- Acciones de seguimiento de las anteriores revisiones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Cambios que afecten al Sistema de Gestión de Calidad.
- Recomendaciones para la mejora.

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>		Código: MC001
			Revisión No. 001
			Página: 23/38
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008		

- Revisión de la política y objetivos de la calidad.
- Una revisión de la asignación de los recursos materiales.

5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de la revisión incluirán todas las direcciones y acciones relacionadas con:

- La mejora de la eficacia del sistema y de sus procesos.
- La mejora de los servicios médicos y hospitalarios.

Los resultados de la revisión serán registrados en actas, anexándose los documentos que consideren pertinentes.

La Administradora como representante de la dirección designado para manejar el Sistema de Gestión de Calidad, será responsable de dar el seguimiento a los acuerdos definidos en el informe de revisión del sistema de gestión de calidad, manteniendo informado al Equipo de la Alta Dirección.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 24/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

6. Gestión de los Recursos

6.1 Provisión de Recursos

Los recursos son indispensables para el desempeño de los sistemas de calidad. Haciendo referencia al talento humano, infraestructura y al ambiente de trabajo.

El talento humano implica la apropiada asignación de personal que cumpla con los requisitos relacionados con educación, entrenamiento, habilidades y experiencia.

Por lo tanto, es necesario contar con los recursos para operar el sistema de calidad, con el propósito de obtener la satisfacción del cliente.

En HOSPIESAJ S.A., el Equipo de la Alta Dirección determinará y proporcionará los recursos para operar el Sistema de Gestión de Calidad procurando:

- Establecer la información para detectar las necesidades de los recursos.
- Efectuar la planificación de los recursos en el corto, mediano y largo plazo.
- Realizar el seguimiento de las actividades.

6.2 Talento Humano

6.2.1 Generalidades

Es importante reconocer que el talento humano es la clave del éxito y lograr que el mismo sea competente. El talento humano que ejecuta directamente los servicios hospitalarios será competente en base a su:

- Educación.
- Habilidad.
- Competencias.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 25/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación

Para asegurar las competencias, la toma de conciencia y la formación del talento humano que interviene en los servicios médicos y hospitalarios, el Equipo de la Alta Dirección, ejecutarán actividades relacionadas a:

- Reclutamiento, selección y contratación.
- Administración por competencias.

En la cual:

- Se determinará la competencia necesaria para el talento humano que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio médico y hospitalario lo cual estará indicado en los descriptores de puestos.
- Se proporcionará la capacitación adecuada y aplicarán otras acciones para satisfacer dichas necesidades. Evaluará la eficacia de las capacitaciones impartidas.
- Se asegurará que el talento humano sea consciente de la pertenencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuirán al logro del objetivo de calidad.

Con el propósito de que el talento humano sea el idóneo, eficiente y eficaz, su formación deberá ser interna y externa.

- **Formación Interna.-** se dará por cursos internos que serán dados por el Director Médico de HOSPIESAJ S.A.
- **Formación Externa.-** se refiere al adiestramiento que recibirán de expertos en el tema pero que no son parte de HOSPIESAJ S.A.

6.3 Infraestructura

Los puestos de trabajo están dotados de la infraestructura necesaria (edificios, espacios, equipo médico óptimo, equipo de computación, etc.) para cumplir los requisitos del cliente en la prestación de servicios médicos y hospitalarios.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 26/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

El cliente comentó que la infraestructura de HOSPIESAJ S.A., no es confortable pues existen incomodidades al momento de recibir el servicio solicitado, como son el uso de las escaleras y no del ascensor, ya que este es sólo utilizado para clientes y/o pacientes del servicio médico y hospitalario.

6.4 Ambiente de Trabajo

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., gestionará un ambiente de trabajo adecuado para que el talento humano se sienta cómodo. Este ambiente de trabajo combinará cualitativamente el talento humano y factores físicos tales como:

- Mobiliario y equipo de hardware y software necesario.
- Identificación y ubicación de los lugares de trabajo.
- Iluminación, ventilación y limpieza necesaria.
- Seguridad en el trabajo y trabajo en equipo.
- Ambiente apropiado y aspectos ergonómicos.

Documentos Relacionados

Procedimiento de Reclutamiento y Selección	PHSJ001
Procedimiento de Elaboración de Descriptores de Puestos	PHSJ002
Procedimiento de Salud Ocupacional	PHSJ003
Procedimiento de Capacitación	PHSJ004



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 27/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

7. Prestación del Servicio

7.1 Planificación de la Prestación del Servicio

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., coordinará los procesos de:

- Prestación de servicios médicos
- Servicios médicos hospitalarios.
- Servicio de emergencia.

Para la planificación de la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, se determinarán, cuando sea necesario:

- Los objetivos.
- El alcance que tiene el procedimiento.
- Las actividades requeridas.

7.2 Procesos relacionados con el Cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con la prestación del servicio

El principal requisito del cliente y/o paciente es solucionar su problema de salud, mientras que los requisitos necesarios para gestionar los servicios médicos y hospitalarios estarán en la documentación del sistema que maneja el equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A. La adecuada gestión de la prestación de servicios médicos y hospitalarios, deberá estar acorde a: los “Requisitos para consultas médicas” y “Requisitos para hospitalización”.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con la prestación del servicio

Al prestar los servicios médicos y hospitalarios se deberá tener en cuenta el cumplimiento sin excepción de todos los requisitos determinados.

Se debe considerar un registro que indique el cumplimiento de los requisitos de servicio.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 28/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

7.2.3 Comunicación con el cliente

El Equipo de la Alta Dirección de HOSPIESAJ S.A., implementará medios de comunicación para mantener una amplia relación con el cliente. La comunicación con el cliente de los servicios médicos y hospitalarios será:

- Vía telefónica.
- Conversaciones.
- Reuniones.
- Exposiciones de propuestas.
- Citas médica.
- E-mail.
- Blog.
- Periódico Mural.

Que permitirá atender requerimientos de consultas, quejas, reclamos y comentarios sobre los servicios médicos y hospitalarios.

De esta manera se desarrolla un proceso que permite captar y analizar la retroalimentación del cliente y/o paciente, inclusive sus quejas, con el propósito de que éstas atiendan y sirvan a HOSPIESAJ S.A., para mejorar. Para lo cual se ha creado un Blog que permitirá dar a conocer todos los servicios que oferta HOSPIESAJ S.A., además permitir conocer los comentarios y sugerencias de los clientes y/o pacientes, y demás personas que hayan recibido el servicio a su vez que deseen solicitar el mismo.

7.3 Diseño y Desarrollo

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 29/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de compra

El equipo de la Alta Dirección se asegurará que los bienes adquiridos que afecten directamente la calidad de los servicios médicos y hospitalarios, cumplan los requisitos de compra especificados en la orden de compra de HOSPIESAJ S.A.

El Equipo de Mejora Continua ha establecido los criterios de selección, evaluación y reevaluación de proveedores de los servicios médicos y hospitalarios, aplicará los criterios y mantendrán registros de las evaluaciones y de cualquier acción que se tome como resultado de dichas evaluaciones.

7.4.2 Información de las compra

El proceso de compra se basa en una adecuada descripción del producto a comprar y quedará registrada en las órdenes de compra, debiendo cumplir, según corresponda:

- Procedimientos, procesos y equipos para su recepción.
- Requisitos de calificación del talento humano.
- Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

7.4.3 Verificación del producto comprado

Para asegurar que lo comprado cumpla con los requisitos del pedido, es necesario revisar las especificaciones de la orden de compra con la guía de remisión y factura del producto comprado.

El nivel de verificación de los productos comprados debe aplicarse de acuerdo con las necesidades específicas:

- Revisión de la mercancía con el pedido.
- Revisión contra lista de verificación.
- Aplicación de técnicas de muestreo.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 30/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

- Verificación de los productos en las instalaciones del proveedor.
- Inspección visual.

7.5 Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la prestación del servicio

El equipo de Control planificará y llevará a cabo la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, bajo condiciones controladas, que incluirán:

- Los requisitos que debe cumplir para gestionar las consultas médicas y servicios hospitalarios.
- Los procedimientos, instructivos, resoluciones administrativas, cuando sea necesario.
- El equipo apropiado en hardware y software para ejecutar los procesos.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

Se excluye el numeral 4.2.7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

Se excluye el numeral 4.2.7.5.3. Identificación y Trazabilidad.

7.5.4 Identificación

7.5.5 Propiedad del cliente

Los servicios médicos y hospitalarios, identificarán, receptorán, verificarán, protegerán y salvaguardarán los bienes que son propiedad del cliente, tales como datos personales e historias clínicas.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 31/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

El Equipo de Control será responsable de la documentación e información que es propiedad del cliente, esta responsabilidad incluirá que se guarde la documentación físicamente e ingresará la información en el sistema de HOSPIESAJ S.A.

Dicha información recibirá un manejo confidencial y velará para que no se pierda, o se utilice de forma inadecuada.

7.5.6 Preservación de la prestación del servicio

Para el proceso de los servicios médicos y hospitalarios, se utilizarán registros físicos o digitales, materiales y equipos que incidan en la calidad de los servicios, por lo que serán preservados para su utilización. Se llevará un control de registros de las consultas médicas y servicio hospitalario, mediante las historias clínicas.

7.6 Control de dispositivos de monitoreo y medición

HOSPIESAJ S.A., ha determinado las actividades de monitoreo y medición que deben ser llevadas a cabo y ha establecido los dispositivos correspondientes para demostrar la conformidad de la prestación de servicio con los requisitos definidos.

Un procedimiento documentado delinea el proceso usado para garantizar que el monitoreo y la medición se lleven a cabo de una manera que sea coherente con los requisitos de monitoreo y medición.

Cuando es necesario garantizar la validez de los resultados, el equipo médico es:

- Calibrado o comprado a intervalos específicos, o antes del uso, con respecto a normas de medición que corresponden con normas de medición nacional e internacional.
- Ajustado o reajustado según las necesidades.
- Identificado para permitir determinar el estado de calibración.
- Protegido contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 32/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

- Protegido contra daño y deterioro durante el manejo, el mantenimiento y el almacenamiento.

Adicionalmente, Control de Calidad evalúa y registra la validez de estos resultados de medición, cuando se encuentra que el equipo no cumple con los requisitos.

HOSPIESAJ S.A., emprende la acción apropiada sobre el equipo afectado. Los registros de los resultados de la calibración y la comprobación se conservan.

Cuando usan programas de computadora en el monitoreo y medición de requisitos especificados, se confirma la capacidad del software para satisfacer la aplicación proyectada. Esto debe hacer antes del uso inicial y se debe reconfirmar según sea necesario.

Documentos Relacionados

Procedimiento de Compras	PHSJ009
Procedimiento de Atención Médica	PHSJ006
Procedimiento de Servicio Hospitalario	PHSJ007
Procedimiento de Emergencia	PHSJ008



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 33/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

8. Medida, análisis y mejora

8.1 Generalidades

Equipo de Control de HOSPIESAJ S.A., planificará e implementará los procesos que formen parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad realizarán actividades de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad de los servicios médicos y hospitalarios.
- Asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mejorar permanentemente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

Los principales mecanismos para lograrlo son las acciones correctivas, las acciones preventivas y los proyectos de mejora asociados.

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del cliente

Medir la satisfacción del cliente y/o paciente es una de las mejores maneras para retroalimentar el sistema de calidad.

Por eso el Equipo de Control establecerá una “encuesta de satisfacción del cliente” para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción de cliente y/o paciente, con respecto al cumplimiento de sus requisitos, este documento estará junto al buzón de sugerencias para ser llenado por los clientes y/o pacientes que deseen, además considerará los comentarios de los usuarios del Blog de HOSPIESAJ S.A.

Con base a la información obtenida, se define cómo se procesa ésta y se planea la mejora, es decir, los resultados de la medición del cliente se analizan para emprender las acciones correctivas, preventivas y los proyectos de mejora que induzcan a incrementar la percepción positiva de los clientes y/o pacientes.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 34/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

8.2.2 Auditoría Interna

El Equipo de la Alta Dirección tiene la responsabilidad de mantener el procedimiento de auditoría interna de la calidad, el cuál le permitirá planificar y realizar auditorías de la calidad, para determinar si el Sistema de Gestión de Calidad:

- Es conforme con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad y con la Norma ISO 9001:2008.
- Se ha implantado y se mantiene de manera eficaz.

Las auditorías tienen diferentes alcances según las necesidades de verificación requeridas en determinado momento, por ejemplo:

- Auditoría de proceso.
- Auditoría de prestación de servicio.
- Auditoría externa.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

Con el propósito de verificar si el proceso resultó eficiente es conveniente medirlo.

Por ello el Equipo de Control realizará el seguimiento y medición de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, a través del “Mapa de proceso con indicadores” y de la matriz de indicadores de procesos.

- La capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.
- La capacidad de ejecutar las acciones correctivas que sean necesarias para lograrlos.

8.2.4 Seguimiento y medición de la prestación del servicio

El seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios se efectuarán en las unidades en donde se procese la información para verificar que se cumpla con los requisitos establecidos y el comportamiento del servicio a través del proceso.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 35/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

Para medir la conformidad, se seleccionan los puntos de verificación en los cuales se medirán los resultados para compararlos con las expectativas. Se pueden verificar tanto las entradas como las salidas en cada etapa del proceso. Después se efectúa un análisis para determinar cuáles de esos puntos es necesario verificar para determinar la conformidad del servicio médico y de hospitalización.

8.3 Control de los Servicios prestados

El seguimiento y medición de los servicios médicos y hospitalarios se realizará en unidades donde se procese la información para verificar que se cumpla con los requisitos ya definidos.

La unidad en donde se produzca la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, será responsable de tomar la acción correctiva y verificar la efectividad de lo realizado, aplicando lo especificado.

Las maneras para combatir con el servicio que se encuentre fuera de los requisitos del cliente y/o paciente son las siguientes:

- Eliminar la no conformidad detectada a través de reproceso o cualquier otra medida.
- Tomar acciones para recuperar su uso original.

8.4 Análisis de los datos

El Equipo de Control recolectará y analizará los datos relacionados a:

- La satisfacción del cliente y/o paciente.
- La conformidad con los requisitos de los servicios de recaudaciones y pagos.
- Las características y tendencia de los procesos.
- Los proveedores.

Con la finalidad de:

- Demostrar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- Determinar las oportunidades de mejorar el Sistema de Gestión de Calidad.



MANUAL DE CALIDAD

Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 36/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

- Tomar acciones preventivas y correctivas.

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua

El Equipo de Mejora Continua mejorará la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad mediante la política de la calidad, los objetivos de la calidad, las auditorías internas de la calidad, el análisis de datos, las acciones preventivas/correctivas y la revisión por la dirección.

Los sistemas de calidad tienen como propósito fundamental generar un ciclo que permita la mejora. El Equipo de Mejora Continua deberá implementar un plan de mejoramiento continuo que esté basado en lo siguiente:

- Comunicación con el cliente y/o paciente, para conocer si existen nuevos requerimientos.
- Capacitación del talento humano.
- Informes del sistema de gestión de calidad.

8.5.2 Acción Correctiva

El Equipo de Control después de establecer el control de servicios médicos y hospitalarios, deberá identificar cuáles son los problemas que surgen en el Sistema de Gestión de Calidad, para lo cual deberán tomar acciones correctivas, dirigidas a los resultados negativos obtenidos, debiendo actuar de manera inmediata contra ellos o a su vez eliminarlos.

Además deberá analizarse en qué grado se está cumpliendo con el sistema de gestión de calidad, identificando el porcentaje de cumplimiento de los objetivos de calidad.

8.5.3 Acción Preventiva

El Equipo de la Alta Dirección deberá identificar posibles problemas que puedan afectar al Sistema de Gestión de Calidad y tomar acciones para que estas no sucedan.

	MANUAL DE CALIDAD		Código: MC001
			Revisión No. 001
			Página: 37/38
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008		

Documentos Relacionados

Procedimiento de Auditorías Internas	PCDCHSJ003
Procedimiento para Acciones Correctivas	PCDCHSJ004
Procedimiento para Acciones Preventivas	PCDCHSJ005



MANUAL DE CALIDAD



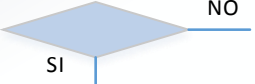


Código: MC001

Revisión No. 001

Página: 38/38

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD REFERENCIA NORMA ISO 9001:2008

9. SIMBOLOGÍA

SÍMBOLO	ACTIVIDAD
INICIO – FIN 	Es un rectángulo redondeado con las palabras inicio o fin dentro del símbolo, indica cuando inicia o termina un proceso.
ACTIVIDAD 	Es un rectángulo dentro del cual se describe brevemente la actividad o proceso que indica.
DECISIÓN 	Es un rombo con una pregunta dentro. A partir de éste, el proceso se ramifica de acuerdo a las respuestas posibles (generalmente son si o no). Cada camino se señala de acuerdo con las respuestas.
FLECHA (FLUJO) 	Líneas de flujo o fluido de dirección, son flechas que conectan pasos del proceso. La punta de la flecha indica la dirección del flujo del proceso
DOCUMENTO 	Representa la Información escrita pertinente al proceso.

ANEXO 11

ACTA DE NOMBRAMIENTO



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN

HOSPIESAJ S.A.

Riobamba, 27 de marzo de 2014.

ACTA DE NOMBRAMIENTO

Se designa como representante del Sistema de Gestión de Calidad a la señora ANA LUCIA OBREGON, administradora del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A.

Quien tiene la responsabilidad de:

- Asegurar de que establezcan, implementen, y mantengan los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad.
- Informar al Equipo de la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Promover la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de HOSPIESAJ S.A.
- Establecer los procesos de comunicación apropiados dentro de la compañía.
- Revisar el Sistema de Gestión de Calidad de HOSPIESAJ S.A., a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.
- Determinar los recursos necesarios para implementar y mantener el Sistema de Gestión de Calidad.


Econ. Luis Izurieta


GERENTE GENERAL DE HOSPIESAJ S.A.


Av. Veloz y Autachi • Telf.: 2944636 / 2963098 / 2945871
e-mail: gerenciahospitalsanjuan@hotmail.com
Riobamba - Ecuador


ANEXO 12

DESCRIPTORES DE PUESTOS


Código	DTH001	<h1 style="margin: 0;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Gerente General				
OBJETIVO: Dirigir HOSPIESAJ S.A., tomar decisiones, supervisar y ser un líder dentro de ésta.				
REPORTA A: Junta General de Socios y Directorio				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en carreras afines a Administración de empresas y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Sus funciones son planificar, organizar, dirigir, controlar, coordinar, analizar, calcular y deducir el trabajo de HOSPIESAJ S.A., además de contratar el personal adecuado, efectuando esto durante la jornada de trabajo.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Buena presencia y facilidad de palabra. Habilidad para trabajar en equipo. Manejo de costos y presupuestos. Elaboración de reportes gerenciales. Amplia experiencia en el manejo de todos los servicios que presta una institución de salud. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> Adaptabilidad. Análisis de problemas. Asunción de riesgos. Automotivación. Control. Capacidad crítica. Comunicación verbal y no verbal persuasiva. Comunicación escrita. Compromiso. Delegación. Decisión. Independencia. Liderazgo. Planificación y Organización. Tenacidad. Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-55 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinuesa y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

Código	DTH003	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Director Médico				
OBJETIVO: Dirigir y controlar la Normatividad, decretos, reglamentos y manuales referentes a la salud.				
REPORTA A: Gerente General				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en carreras afines a Medicina, más estudios de especializaciones y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Capacidad para estructurar, planificar y organizar en forma lógica y ordenada tareas y obligaciones, en que participen terceras personas.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar, optimizar y controlar los recursos asignados, según objetivos de HOSPIESAJ S.A. • Establecer y fomentar las relaciones interpersonales positivas del talento humano. • Capacidad de diálogo y concertación de situaciones conflictivas. • Planifica, coordina y supervisa las actividades médico-administrativas del área de salud. • Desarrollo de políticas de calidad en procedimientos médicos. • Manejo de equipos e instrumentos médicos. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Análisis de problemas. • Automotivación. • Control. • Capacidad crítica. • Comunicación verbal y no verbal persuasiva. • Comunicación escrita. • Compromiso. • Delegación. • Decisión. • Liderazgo. • Planificación y Organización. • Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-55 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinuesa y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH004	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Contador General				
OBJETIVO: Coordinar, registrar y aplicar los recursos financieros, proporcionando información financiera, contable a la Junta General de Socios y Directorio, para la planeación, organización, presupuesto y toma de decisiones.				
REPORTA A: Gerente General				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Contabilidad CPA y/o afines, y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Responsable de la planificación, organización y coordinación de todas relacionadas con el área contable, con el objetivo de obtener las consolidaciones y estados financieros requeridos por HOSPIESAJ S.A.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Establece y coordina la ejecución de las políticas relacionadas con el área contable, asegurándose que se cumplan los principios de contabilidad de contabilidad generalmente aceptados y con las políticas específicas. • Elaborar y controlar la labor presupuestaria y de costos. • Elaborar estados financieros en fechas requeridas con información oportuna y verídica. • Examinar el valor de los inventarios de mercadería y efectuar ajustes respectivos. • Confeccionar las declaraciones de impuestos. • Manejo avanzado del sistema operativo Windows y de herramientas como Word, Excel y Power Point. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Análisis de problemas. • Automotivación. • Control. • Capacidad crítica. • Comunicación verbal y no verbal persuasiva. • Comunicación escrita. • Compromiso. • Delegación. • Decisión. • Liderazgo. • Planificación y Organización. • Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH005	DESCRIPTOR DE PUESTOS		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Auxiliar de Contabilidad				
OBJETIVO: Efectuar asientos de las diferentes cuentas revisando, clasificando y registrando documentos, a fin de mantener actualizados los movimientos contables.				
REPORTA A: Contador General.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título Bachiller de Comercio y Administración y/o afines.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Responsable de los diferentes procesos contables y suministro de información oportuna para la toma de decisiones.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Receptar e ingresar las facturas al sistema contable. • Emitir comprobantes de retención. • Archivar la documentación. • Concurrir a las reuniones de trabajo o cursos de capacitación a los que fuera convocados por HOSPIESAJ S.A. • Cumplir con las tareas asignadas por su jefe inmediato. • Manejo de sistemas contables. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad analítica. • Servicio al cliente. • Disponibilidad de tiempo. • Trabajo bajo presión. • Trabajo en equipo. • Responsabilidad. • Exactitud. • Comunicación. • Independencia. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 20-40 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	


ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:


Código	DTH006	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Tesorero				
OBJETIVO: Garantizar de manera eficiente las actividades de custodia, control, manejo y desembolso de fondos, valores y documentos negociables que se administran en HOSPIESAJ S.A.				
REPORTA A: Gerente General, Contador General.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título Bachiller de Comercio y Administración y/o afines.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es el encargado de la custodia del dinero y de su óptimo control y manejo.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar todos los ingresos que se manejan en HOSPIESAJ S.A. • Organiza y coordina las actividades de cobro. • Elabora flujos de efectivo. • Verificar la transferencia de fondos a la cuenta corriente. • Depositar los fondos correspondientes a la cuenta corriente. • Conocimiento sobre leyes tributarias y fiscales. • Manejo de sistemas contables. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad analítica. • Servicio al cliente. • Disponibilidad de tiempo. • Trabajo bajo presión. • Trabajo en equipo. • Responsabilidad. • Exactitud. • Comunicación. • Independencia. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 20-40 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	


ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo	REVISÓ:
APROBÓ:	FECHA:


Código	DTH007	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Recepcionista				
OBJETIVO: Satisfacer las necesidades de comunicación, operando una central telefónica pequeña, atendiendo al público en sus requerimientos de información, ejecutando y controlando la recepción y despacho de la correspondencia, para servir de apoyo a las actividades administrativas.				
REPORTA A: Gerente General.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título Bachiller en General Unificado y/o afines.				
EXPERIENCIA: 1 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es la encargada de atender a los clientes o usuarios en una zona conocida como recepción y/o información. Su función consiste en proporcionar todo tipo de información y asistencia.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Contestar y efectuar llamadas telefónicas. • Recibir y clasificar la correspondencia externa e interna y distribuirla. • Atender al público en general. • Otras inherentes a su PUESTO que le sean asignadas. • Tener buena presencia. • Manejo de paquetes utilitarios como Windows y Microsoft Office. • Redacción comercial y curso de técnicas de archivo. • Uso de fax, fotocopidora, computadora y conmutador. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Servicio al cliente. • Disponibilidad de tiempo. • Trabajo bajo presión. • Trabajo en equipo. • Responsabilidad. • Exactitud. • Comunicación. • Taquigrafía. • Redacción. • Manejo de archivo. • Discreción. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 20-50 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH008	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Auditor Interno				
OBJETIVO: Verificar la calidad y la suficiencia del ambiente y del sistema de control interno.				
REPORTA A: Gerente General				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en carreras afines a Administración de empresas y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es el responsable de realizar auditorías financieras y operacional, que está sujeto a la normativa técnica de aceptación general de la normativa legal.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar los planes y programas de trabajos de auditoría de gestión institucional. • Revisar y evaluar la solidez, razonabilidad y aplicación de los controles internos financieros y administrativos. • Revisar la exactitud de la información proveniente de documentos fuente, libros contables, balance de comprobación y estados financieros. • Efectuar conclusiones y recomendaciones en las áreas o rubros que le corresponde examinar. • Verificar si se han aplicado las recomendaciones y las acciones correctivas emanadas de los exámenes de auditoría. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación y gestión. • Pensamiento crítico. • Pensamiento analítico. • Percepción de sistemas y entorno. • Monitoreo y control. • Expresión escrita. • Trabajo en equipo. • Liderazgo. • Independencia. • Pensamiento conceptual. • Toma de decisiones. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinuesa y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH009	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Cirujano General				
OBJETIVO: Supervisar las actividades orientadas a la atención de la patología quirúrgica, su tratamiento médico-quirúrgico en pacientes que lo requieran, en su salud individual y colectiva.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en Medicina, con especialidad en Cirugía, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Sus funciones son planificar, organizar, dirigir, controlar, coordinar, analizar, calcular y deducir el trabajo de HOSPIESAJ S.A., además de contratar el personal adecuado, efectuando esto durante la jornada de trabajo.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Destrezas quirúrgicas generales y específicas. • Habilidad para trabajar en equipo. • Tratamiento quirúrgico de los trastornos de salud del paciente. • Técnicas quirúrgicas básicas en cirugía. • Infecciones quirúrgicas. Diagnóstico. Profilaxis y tratamiento. • Tratamiento quirúrgico de traumatismos e infecciones. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso. • Control. • Capacidad crítica. • Comunicación verbal y no verbal persuasiva. • Comunicación escrita. • Compromiso. • Delegación. • Decisión. • Independencia. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. • Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-55 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH010	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Cirujano Plástico				
OBJETIVO: Ocuparse de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o involutivo, que requiera reparación o reposición de estructuras que afectan a la forma y función corporal, con el fin de mejorar la salud de las personas.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en adelante en Medicina, con especialidad en Cirugía, y/o afines; y tener el certificado del Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Se encarga de tratar anomalías congénitas y patologías del desarrollo, como también deformidades adquiridas o causadas por traumatismo o diversas enfermedades e incluso problemas estéticos.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Destrezas quirúrgicas generales y específicas. • Estudio de los materiales usados como implantes en Cirugía Plástica. • Infecciones quirúrgicas. Diagnóstico. Profilaxis y tratamiento. • Tratamiento quirúrgico de traumatismos e infecciones. • Reconstrucción de alteraciones plásticas y estéticas. • Aplicaciones de endoprótesis en los diferentes campos de la Cirugía Plástica. Aplicación de la expansión tisular. • Tratamiento médico quirúrgico de las quemaduras y sus secuelas, así como de tumores cutáneos y partes blandas. • Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso. • Comunicación verbal y no verbal persuasiva. • Comunicación escrita. • Compromiso. • Decisión. • Liderazgo. • Memorización. • Precisión de control. • Tenacidad. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: Inglés.	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH011	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Urologo				
OBJETIVO: Proporcionar y desarrollar talento humano para la asistencia médica.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel de Médico Cirujano, título de Especialista en Urología, y/o afines; y certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Brindar atención médica especializada e integral de Urología en consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico y emergencia, con calidad y respeto a las normas de ética médica.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica integral, realización de interconsultas, discusión de problemas clínicos. • Participar en campañas, estrategias y programas de salud asignados al servicio. • Elaborar informes técnicos relacionados con la especialidad. • Realizar visitas médicas terapéuticas a los usuarios hospitalizados. • Consignar el acto médico en la historia clínica, diagnosticar, solicitar exámenes auxiliares y prescribir tratamientos a pacientes ambulatorios, hospitalizados y de emergencia. • Capacidad de coordinación, organización y control de los recursos asignados. • Actitud crítica y positiva. • Actitud proactiva y con orientación a resultados. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Análisis de problemas. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Tolerancia a la frustración. • Compromiso. • Decisión. • Independencia. • Liderazgo. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: Inglés	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH012	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Ginecólogo y Obstetra				
OBJETIVO: Satisfacer las necesidades de salud integral de la mujer en el área de ginecología y obstetricia, apoyándola en las diferentes etapas de la vida, con un servicio del más alto nivel, tanto humano como técnico.				
REPORTA A: Director Médico.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, un título con especialidad en Ginecología y Obstetricia, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es la práctica de los fundamentos de la fisiología y patología del embarazo, parto y puerperio, así como las enfermedades del aparato genital femenino de manera eficiente y eficaz.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Dominio, al mínimo detalle, de los problemas de salud más importantes de la población femenina. • Capacidad para ofrecer servicios Gineco-Obstetra de alta calidad. • Certeza para referir la prontitud, en los casos que lo ameriten, a sus pacientes que requieran cuidados médicos para otra especialidad. • Capacidad para definir, establecer y/o aplicar acciones que logren la prevención de enfermedades. • Certeza en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las pacientes. • Disponibilidad para aplicar los principios humanistas en el cuidado de la integración física o mental del hombre. • Responsabilidad y liderazgo para promover el trabajo en equipo con otros médicos y profesionales de la salud. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Decisión. • Dignidad humana. • Ética. • Independencia. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: Inglés.	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH013	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Médico Pediatra				
OBJETIVO: Coordinar las actividades médico-asistenciales entre los diferentes turnos en el servicio de pediatría, para la prevención, curación y/o rehabilitación de los problemas médicos y quirúrgicos que requieren atención médica.				
REPORTA A: Director Médico.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, un título con especialidad en Pediatría, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Proporcionar cuidados específicos y atención especializada y específica a pacientes en estado crítico pediátrico, así como detectar, resolver y prevenir complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Brindar tratamiento y atención especializada de los problemas de salud que afectan al niño. • Evalúa el desarrollo de los menores desde 29 días a 14 años del área que corresponde jurisdiccionalmente a HOSPIESAJ S.A. • Evalúa lo correspondiente a alimentaciones e inmunizaciones. • Revisar y en caso necesario modificar, aprobar y firmar las indicaciones médicas y recetas del paciente. • Informar a los familiares del estado clínico del paciente, así como los diagnósticos, posibles pronósticos, procedimientos y tratamientos. • Atención en urgencias médicas y capacidad de resolución médica y administrativa. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Confidencialidad. • Decisión. • Ética. • Independencia. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: Inglés.		EDAD: 30-55 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH014	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Enfermera.				
OBJETIVO: Realizar y controlar el proceso de atención como método científico de la profesión, así como realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades				
REPORTA A: Director Médico, Médico General y/o Médico Especialista.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de Licenciado en Enfermería, y/o afines; y el certificado del Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Gestionar y aplicar el proceso de atención de enfermería de los pacientes que se encuentran bajo su responsabilidad en la Unidad para asegurar cuidados de enfermería seguros, continuos, integrales y eficientes.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Dominio de técnicas y conocimientos básicos de medicina. • Puericultura y primeros auxilios. • Encargarse de la administración de los medicamentos y tratamientos de acuerdo a la prescripción médica. • Practicar curaciones y brindar atención médica de emergencia en el caso de ausencia del médico. • Mantener una existencia permanente de medicamentos y material de curación presentando las necesidades mensuales. • Participar en la integración del expediente clínico, recabando la información que el médico indique y ayudar a la exploración física y antropométrica. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Confidencialidad. • Decisión. • Ética. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 25-55 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH015	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Neumólogo				
OBJETIVO: Brindar atención médica especializada e integral de Neumología en consulta externa, hospitalización y emergencia, con calidad y respeto a las normas de ética médica; así como actividades de investigación.				
REPORTA A: Director Médico.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, un título con especialidad en Neumología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Brindar atención integral y especializada a los pacientes con afecciones obstructivas y/o restrictivas que afecten al tracto respiratorio.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención especializada e integral a los pacientes con afecciones del aparato respiratorio en especial a los pacientes con tuberculosis pulmonar y sistemática en consulta externa, hospitalización y emergencia. • Organizar y coordinar los horarios de atención a los pacientes mediante la programación, disponibilidad de turnos y profesionales para consultas externas, hospitalización y emergencia. • Elaborar y cumplir las guías de práctica clínica de atención y el manual de procedimientos orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz. • Elaborar historias clínicas de acuerdo a los estándares y ajustados a las normas de supervisión y auditoría médica. • Efectuar los registros médicos y procedimientos brindados al paciente en la historia clínica. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Confidencialidad. • Decisión. • Ética. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 30-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		


Código	DTH016	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Psiquiatra				
OBJETIVO: Ejecutar actividades complejas propias de su profesión, dirigidas a la atención, intervenciones terapéuticas tanto en crisis como de apoyo, prescripción de medicamentos, administración de tratamiento, capacitación en tratamiento, seguimiento y rehabilitación en psiquiatría.				
REPORTA A: Director Médico.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, un título con especialidad en Psiquiatría General, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Actuar profesionalmente en el ámbito de la psiquiatría, brindando servicios preventivos a través de la realización de acciones destinadas a contribuir a la promoción de la salud, prevención del desarrollo de afecciones y obtención de diagnósticos precoces.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar y relacionarse efectivamente con el paciente. • Planificar, organizar y evaluar las acciones profesionales que son propias de su PUESTO dentro de las pautas laborales trazadas por el servicio. • Atender consultas espontaneas o derivadas de otros servicios, realizando diagnóstico primario, apoyo, orientación y derivación a otros servicios de salud. • Actuar aplicando medidas de prevención y protección de seguridad y salud en el trabajo. • Seguimiento de los planes de tratamiento, con detalle pormenorizado de estancia, evolución clínica, actualización de diagnóstico y terapéutica en pacientes. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Confidencialidad. • Decisión. • Ética. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 35-55 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH017	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Fisioterapeuta				
OBJETIVO: Brindar asistencia fisioterapeuta a pacientes ambulatorios y hospitalizados aplicando masajes y tratamientos, a fin de mejorar sus condiciones y lograr rehabilitación de sus lesiones.				
REPORTA A: Director Médico, Médico Tratante.				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Rehabilitación: Fisioterapia o Rehabilitación, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Brindar asistencia fisioterapéutica y primeros auxilios a cualquier persona que lo requiera, además de manejar constantemente equipos y materiales de fácil uso y medianamente complejos, siendo su responsabilidad directa.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar masajes y tratamientos fisioterapéuticos a pacientes referidos por el médico tratante. • Instruye al paciente y a sus familiares en los diferentes aspectos de la terapia a trabajar. • Llevar el control de citas del paciente y tratamientos administrados. • Preparar y organizar el material a ser utilizado por el paciente. • Asistir al médico tratante en la programación y realización de actividades terapéuticas. • Llevar el control del archivo de historias clínicas de los pacientes atendidos. • Entrenamiento cardiovascular. • Mantenimiento y reparación de equipos médicos y lesiones deportivas. • Realizar valoraciones diagnósticas adecuadas a las patologías que presenta el paciente. • Desarrollar estudios de investigación que permitan conocer nuevas técnicas y aplicaciones de las ya existentes. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Asunción de riesgos. • Control. • Capacidad crítica. • Compromiso. • Confidencialidad. • Decisión. • Ética. • Liderazgo. • Tolerancia a la frustración. • Tenacidad. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 25-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH018	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Oftalmólogo				
OBJETIVO: Prevenir, identificar, y resolver los problemas que afecten o alteren la función del sistema visual, mediante la realización de exámenes y procedimientos destinados al diagnóstico y tratamientos de patologías que afecten al hombre y a su entorno.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Licenciatura en Oftalmología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Estar capacitado en la prevención, rehabilitación y aplicación de procedimientos para el diagnóstico y terapia ocular.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar detecciones precoces de déficits de la función visual. • Capacitar a los pacientes en las rehabilitaciones con deterioro sensorial y/o motor de su aparato ocular. • Saber el manejo, funcionamiento y cuidado de materiales y equipo que son utilizados en el área oftalmológica, su aplicación en el diagnóstico y/o terapia. • Aprender las implicaciones de los diferentes desórdenes oculares. • Conocer la importancia de informar a los pacientes de los recursos existentes en el momento de diagnóstico de la enfermedad progresiva. • Conocer las implicaciones éticas y emocionales para referir al profesional correspondiente. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo. • Actitud de servicio. • Comunicación. • Relaciones humanas. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Proactivo. • Conciliador. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH019	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Odontólogo				
OBJETIVO: Prevenir, identificar, y resolver los problemas que afecten o no alteren el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en los diferentes grupos poblacionales de la ciudad de Riobamba.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Odontología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Desempeño clínico en cualquier área de la odontología, como odontólogo general o como especialista, con competencia científica y liderazgo social.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar una sólida formación científica, ética y humanista; con plena conciencia de la necesidad de perfeccionamiento permanente, y ejercer la profesión con responsabilidad humana y social. • Brindar atención odontológica integral con calidad y referir, con prontitud y acierto, a aquellos pacientes que requieren tratamiento especializados. • Ejercer un liderazgo social, con un pensamiento crítico, ético, innovar y creador. • Realizar la práctica profesional con sujeción a la normatividad legal de la bioseguridad y ambiental vigentes. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo. • Actitud de servicio. • Comunicación. • Destreza quirúrgica. • Relaciones humanas. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Proactivo. • Conciliador. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-50 años		SEXO: Indistinto ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH020	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Médico Neurocirujano				
OBJETIVO: Atender, estudiar y dar tratamiento quirúrgico a los pacientes con afecciones del sistema nervioso central, cómo médula espinal y raíces nerviosas.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, título de especialista en Cirugía, especialista en Neurocirugía, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Se encarga del manejo quirúrgico de determinadas enfermedades del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento quirúrgico de la patología neuroquirúrgica. • Estudio, diagnóstico y manejo quirúrgico de la patología vascular hemorrágica cerebral y medular. • Estudio, diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia en sus diversas modalidades de presentación y terapéutica. • Evaluación y tratamiento quirúrgico de la patología degenerativa, infecciosa y oncológica del raquis a nivel cervical, dorsal y lumbosacro. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente. • Habilidades clínicas. • Conocimientos médicos. • Valores profesionales, actitud, comportamiento y ética. • Destreza quirúrgica. • Manejo de información. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Práctica basada en el contexto del sistema de salud. • Comunicación. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 35-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinuesa y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH021	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Anestesiólogo				
OBJETIVO: Crear un estado confortable para el paciente antes, durante y una vez finalizado el proceso quirúrgico.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, título de especialista en Cirugía, título de formación en Anestesiología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es el encargado del cuidado médico de los pacientes que requieren anestesia para ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas; incluyendo la evaluación clínica pre-anestésica.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Velar por la seguridad del paciente, mientras se realiza la cirugía o la exploración médica que necesita anestesia. • Se ocupará de la enfermedad médica durante el periodo pre-operatorio, determinará los riesgos operatorios y asegurará la optimización clínica para la cirugía y la prevención de complicaciones. • Habilidad, seguridad y eficacia en el manejo de las técnicas anestésicas, analgésicas y de reanimación, sumados a la capacidad de efectuar el tratamiento médico de entidades patológicas, subyacentes o de situaciones que complique el acto anestésico, buscando la conservación integral del funcionamiento orgánico del mismo durante la cirugía y el post-operatorio. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente. • Habilidades clínicas. • Conocimientos médicos. • Calma y serenidad. • Destreza quirúrgica. • Manejo de información. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Práctica basada en el contexto del sistema de salud. • Comunicación. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 35-50 años		SEXO: Indistinto ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	


Código	DTH022	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Médico Oncólogo				
OBJETIVO: Brindar la mejor calidad de atención al paciente con cáncer, tanto desde el punto de vista terapéutico, como en costo y medidas de sostén.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, título de especialista en Oncología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Atender y supervisar todos los sucesos acontecidos en los pacientes a su PUESTO desde su ingreso, estancia hospitalaria y egreso, debiendo ser justificados y registrados en el expediente clínico.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar y vigilar el tratamiento médico, con drogas tóxicas, de los pacientes con cáncer en que sí esté indicado. • Atender a todo paciente que se le asigne, previendo un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. • Proporcionar información sobre el padecimiento, exámenes solicitados tratamientos, procedimientos, estado de salud y pronóstico a los familiares directos y/o responsable general. • Comentar y analizar los casos de pacientes que, por su padecimiento, se consideren casos de diagnóstico difícil, delicados o graves. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente. • Habilidades clínicas. • Conocimientos médicos. • Calma y serenidad. • Destreza quirúrgica. • Manejo de información. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Práctica basada en el contexto del sistema de salud. • Comunicación. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 35-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

Código	DTH023	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Cardiólogo				
OBJETIVO: Prevenir y mejorar el pronóstico de los pacientes con factores de riesgo o patologías cardiovasculares establecidas.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, título de especialista en Cirugía, título de especialista en Cardiología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 5 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Es el encargado del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, referentes a enfermedades del corazón y del aparato circulatorio.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a pacientes ambulatorios que requieren de revisiones periódicas. • Evaluación y seguimiento de pacientes con metástasis a pericardio. • Diagnóstico, prevención y tratamiento en enfermedades cardiovasculares. • Control de pacientes con hipertensión arterial hasta compensarlo y luego derivarlo a atención primaria. • Identificará los soplos, su relación con el ciclo cardiaco y relacionarlo con base a los hallazgos clínicos. • Sabrá identificar las arritmias en el electrocardiograma con repercusión hemodinámica en la evaluación clínica. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente. • Habilidades clínicas. • Conocimientos médicos. • Confidencialidad. • Destreza quirúrgica. • Manejo de información. • Toma de decisiones. • Manejo de personal. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Práctica basada en el contexto del sistema de salud. • Comunicación. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido	EDAD: 35-50 años	SEXO: Indistinto	ESTADO CIVIL: Indistinto	
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo		REVISÓ:		
APROBÓ:		FECHA:		

Código	DTH024	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Médico General				
OBJETIVO: Atender y realizar las actividades médico asistenciales, de enseñanza y de investigación asignadas durante su rotación.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Medicina, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 3 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Atender las demandas de la atención médica de la población interna y personal, mediante la consulta interna que solicita éste beneficio, con la finalidad de evitar brotes epidemiológicos, de enfermería, corroborándolo con técnicas de laboratorio, con la finalidad de evitar, prevenir y tratar enfermedades.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar consulta médica de calidad, mediante la revisión de análisis y control de expedientes para obtener diagnósticos tempranos. • Atención y manejo de urgencias. • Atención pre-hospitalaria avanzada. • Contribución en la recuperación de las capacidades físicas de las personas. • Soporte básico de vida y primeros auxilios. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente. • Habilidades clínicas. • Conocimientos médicos. • Confidencialidad. • Destreza quirúrgica. • Manejo de información. • Toma de decisiones. • Ética y Honestidad. • Trabajo bajo presión. • Asertivo. • Práctica basada en el contexto del sistema de salud. • Comunicación. • Tolerancia a la frustración. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-50 años		SEXO: Indistinto ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

Código	DTH025	<h1>DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Nutricionista				
OBJETIVO: Planear, coordinar y dirigir la elaboración y distribución de los alimentos en las mejores condiciones de higiene y calidad.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel en Nutrición y Dietética, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Evaluar y analizar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados para preparar un plan dieto terapéutico individualizado conforme a la condición de los pacientes.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Idear y preparar métodos de nutrición y regímenes alimenticios. • Administrar y controlar la adquisición, recepción, almacenamiento, y elaboración de alimentos en HOSPIESAJ S.A. • Armonizar las prescripciones dietéticas de los médicos con el proceso de elaboración de los alimentos desde la cocina y la distribución de los mismos. • Educar y orientar al personal profesional, pacientes y familiares. • Ofrecer apoyo al talento humano médico, enfermería y farmacia. • Vigilar que el proceso de servicios de alimentos y cambios de dietas se lleven a cabo conforme a estándares de calidad. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de atención y escucha. • Empatía. • Metodología. • Trabajo en equipo. • Orientación a resultados. • Capacidad de comunicación. • Responsabilidad. • Ética y honestidad. • Trabajo en equipo. • Adaptación al cambio. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 30-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

Código	DTH026	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Laboratorista clínico				
OBJETIVO: Realizar el procesamiento de muestras biológicas de acuerdo a normas y protocolos de calidad, para obtener resultados que contribuyan con el diagnóstico veráz y oportuno al médico y al paciente.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel licenciatura en Laboratorio Clínico, tecnólogo médico, Bioquímico Clínico, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 2 años				
RESUMEN DEL PUESTO: Analiza muestras biológicas humanas como sangre, orina, heces, líquido sinovial, entre otros tipos de muestras que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y verificar insumos y reactivos del área para asegurar el correcto procesamiento de las pruebas. • Organizar los insumos, reactivos y materiales del área para contribuir a la operatividad y funcionalidad de la misma. • Ejecutar y verificar el correcto proceso de análisis de muestras y obtención de resultados con su respectiva validación, bajo los estándares de calidad técnica requeridos con el fin de contribuir en el diagnóstico médico y el servicio efectivo en las necesidades del paciente. • Realizar y registrar mantenimientos preventivos de equipos del área para garantizar el correcto funcionamiento de los mismos. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de equipos de laboratorio. • Flebotomía (extracción de sangre de una vena periférica). • Conocimientos de valores de referencia y críticos. • Manejo del sistema de gestión del laboratorio. • Normas de bioseguridad. • Ética y honestidad. • Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 35-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinuesa y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

Código	DTH027	<h1 style="text-align: center;">DESCRIPTOR DE PUESTOS</h1>		
Rev. 00				
Hoja	1 de 1			
PUESTO: Médico Radiólogo				
OBJETIVO: Apoyar en el diagnóstico y resolución del tratamiento de los problemas de salud, ya que fundamenta la presencia de una anomalía en el cuerpo humano, siendo un sustento en la medicina actual, a través de imágenes de alta resolución.				
REPORTA A: Director Médico				
PERFIL DEL PUESTO				
ESCOLARIDAD: Título de tercer nivel licenciatura en Imagenología y Radiología, y/o afines; y el certificado otorgado por el Senescyt.				
EXPERIENCIA: 1 año				
RESUMEN DEL PUESTO: Utilizará equipos de rayos X, con resultado de estudio a través de películas radiográficas que contribuyen a fundamentar un diagnóstico, esto permite que el médico pueda revisar dicho estudio.				
CAPACIDADES Y HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Tendrá la habilidad de utilizar los procedimientos y técnicas al obtener imágenes radiológicas simples y de estudios especiales de calidad, identificando alteraciones radiológicas anormales, que faciliten al médico establecer un diagnóstico establecido. Aplicará distintas técnicas de Imagenología médica, que hacen posible observar las estructuras internas del cuerpo, las cuáles cada vez son de mayor ayuda para efectuar diagnósticos precisos en una amplia gama de trastornos anatómicos y fisiológicos. 				
COMPETENCIAS: <ul style="list-style-type: none"> Análisis de problemas. Manejo de equipos de diagnóstico por imagen. Cocimiento de protección radiológica. Normas de bioseguridad. Técnicas radiológicas. Trabajo bajo presión. Comunicación. Trabajo en equipo. 				
IDIOMAS: No requerido		EDAD: 25-50 años		SEXO: Indistinto
				ESTADO CIVIL: Indistinto
ELABORÓ: María José Vinueza y Edgar Fabián Trujillo			REVISÓ:	
APROBÓ:			FECHA:	

ANEXO 13

SERVICIO MÉDICO IDEAL EN HOSPIESAJ S.A.

Para el Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. es muy importante satisfacer las necesidades de sus clientes y/o pacientes, por lo que hemos identificado cuales son los requisitos que los clientes desean al recibir el servicio de atención médica.

Hay que considerar aspectos importantes para brindar un servicio de calidad como son: la confianza, empatía, humanidad, franqueza, respeto y la metodología que se debe aplicar.

El servicio ideal que debería prestar HOSPIESAJ S.A. de acuerdo a las necesidades de sus clientes y/o pacientes proyectándose para lograrlo dentro de cinco años sería el siguiente:

1. El cliente y/o paciente elegirá a un médico de cabecera, quien deberá guiarlo dependiendo la enfermedad que padezca cuando no pueda hacerse cargo o a su vez será el encargado de indicar cuales son los cuidados preventivos para evitar posibles enfermedades.
2. Las citas médicas serán de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del cliente y/o paciente.
3. El médico deberá ser una persona preparada, con un título profesional de alto nivel que avale sus conocimientos, aparte de tener la experiencia y la práctica necesarias.
4. La relación interpersonal entre el médico y el cliente y/o paciente deberá ser la idónea, donde la humanidad deberá predominar, acompañado de la empatía, confianza, respeto y dedicación, estos puntos que hemos nombrados no solo deberán ser entre médico y cliente y/o paciente, también serán con todo el talento humano que intervenga en la prestación del servicio médico.
5. El diagnostico deberá ser acertado en su totalidad, dando los detalles al cliente y/o paciente con la verdad, para dar un tratamiento efectivo para su curación.
6. El médico además de dar una receta indicando las instrucciones de un tratamiento médico, deberá indicar cuidados preventivos para evitar posibles enfermedades futuras.

7. Se llevará un control de los clientes y/o pacientes para conocer la evolución de su estado de salud, y conocer la situación actual de su salud.